

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir im Namen des zuständigen Versicherers noch einige Angaben.
Wir bitten Sie daher das vorliegende Formular auszufüllen, zu unterschreiben und schnellstmöglich an uns zurück zu senden. Vielen Dank

Versicherungsscheinnummer: _____ (bitte immer angeben)

1. Versicherungsnehmer:

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma
Name:			
Vorname:			
Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
E-Mail-Adresse:			
Telefon:			
Telefon (mobil):			
Fax:			

2. Schadenverursacher:

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:
Aus- / Einreise:	(bitte geeignete Nachweise (Kopie Visa etc) beifügen)	
	am:	Rückkehr geplant am:
E-Mail Adresse:		
Telefon:		
Telefon (mobil):		
Fax:		
Beruf / letzte Tätigkeit:		

3. Geschädigter:

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:
Führerschein:	ausgestellt am:	durch:
E-Mail Adresse:		
Telefon:		
Telefon (mobil):		
Fax:		
Zwischen dem Geschädigten / Versicherungsnehmer / bzw. der versicherten Person besteht ein(e)	<input type="checkbox"/> Familien- / Verwandtschaftsverhältnis, und zwar:	<input type="checkbox"/> Arbeits- / Lohn- / sonstiges Vertragsverhältnis, und zwar:
	<input type="checkbox"/> häusliche Gemeinschaft	
Verletzung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. weiterer Beteiligter / Zeuge (weitere Beteiligten/Zeugen notieren Sie bitte auf einem gesonderten Blatt):

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:
E-Mail Adresse:		
Telefon:		
Telefon (mobil):		
Fax:		

5. Angaben zum Unfall

Schadentag:	
Uhrzeit:	
Schadensort:	
Polizeiliche Aufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dienststelle: Anschrift: _____ Aktenzeichen: _____

6. Schilderung / Skizze: (ggf. gefertigte Fotos bitte beifügen)

7. Weitere Angaben bei Beteiligung eines oder mehrerer Fahrzeuge:

Fahrzeug A		Fahrzeug B
	Art (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
	Hersteller	
	Modell	
	Kennzeichen	
	Baujahr	
	Schäden	
	Vorschäden	
	Versichert bei	
	Leasingfahrzeug	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Das Fahrzeug gehört zum Betriebsvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Fahrzeug war abgestellt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr an	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hielt an	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr aus Parkplatz, Grundstück, etc.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog in Parkplatz, Grundstück, etc. ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bremste	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr auf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr parallel auf anderer Spur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wechselte die Spur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog rechts ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog links ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Überholte	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr im Gegenverkehr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr rückwärts	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beachtete Vorfahrt (z.B. Ampel) nicht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Geschwindigkeit vor Zusammenstoß	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fahrer alkoholisiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unfallflucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Ergänzende Angaben

Es wurden bereits Ansprüche erhoben:	(Schriftwechsel bitte beifügen) <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR <input type="checkbox"/> nein
Die Ansprüche halte ich für berechtigt:	<input type="checkbox"/> ja, da _____ <input type="checkbox"/> nein, da _____
Eine etwaige Entschädigung soll gezahlt werden:	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer / Konto Anspruchsteller / Konto BIC: _____ BIC: _____ IBAN: _____ IBAN: _____
Vorsteuerabzugsberechtigung:	des Versicherungsnehmers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein des Anspruchstellers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9. Angaben bei Sachschäden

Was wurde beschädigt?		
Art und Umfang der Beschädigung:	Art (z.B. Kratzer, Brandfleck):	Umfang (z.B. völlig zerkratzt, kleiner Fleck)
Die Sache wurde gekauft:	ca. am:	Preis ca.: EUR (wenn vorhanden, Kaufbeleg beifügen)
Schadenhöhe:	ca.:	Reparatur möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, bitte Kostenvoranschlag beifügen)
Besichtigung :	Eine Besichtigung hat stattgefunden durch	Die Sache kann besichtigt werden bei
	Name:	Name:
	Anschrift:	Anschrift:
	Telefon:	Telefon:
Die Sache wurde durch Sie /ihre Familien- / Betriebsangehörige:	Gemietet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gepachtet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Geliehen...: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In Verwahrung genommen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat sich der Schaden durch eine Tätigkeit an der Sache ereignet:	<input type="checkbox"/> ja (z.B. Reparatur, etc.), und zwar	<input type="checkbox"/> nein
Für die Sache besteht eine andere Versicherung:	<input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Leitungswasser	Bei:
	<input type="checkbox"/> Hausrat <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> Vollkasko	Name:
	<input type="checkbox"/> sonstige (z.B. Handyversicherung)	Anschrift:
	Vers. Nummer:	

10. Angaben Personenschäden

Name, Anschrift, Geburtsdatum des Verletzten:	Name: Vorname: Geburtsdatum:	Straße: PLZ: Ort: Telefon:
Art und Umfang der Verletzung:	Art (z.B. Prellung)	Umfang (z.B. ganzer Körper)
Der verletzte Person ist beschäftigt bei (Arbeitgeber):	Name: Vorname: ggf. Firma:	Straße: PLZ: Ort: Telefon:
Stationäre Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja, von: bis	<input type="checkbox"/> unbekannt
Behandelnder Arzt:	Die erste Behandlung erfolgte durch: Name: Anschrift: Telefon:	Die weitere Behandlung erfolgte durch: Name: Anschrift: Telefon:
Meldung bei einer Berufsgenossenschaft:	<input type="checkbox"/> ja, bei Name: Anschrift: Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> nein

Wichtige Hinweise über die Folgen der Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Belehrung nach § 28 IV Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie ihm jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie ihm alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass Sie ihm Belege / Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorsätzlich die verlangten Belege / Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

Ende der Belehrung

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Schlusserklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige und / oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Absatz 4 des VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben auch dann verantwortlich bin, wenn ich dieses Formular nicht eigenhändig ausgefüllt habe.

Ich trete meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher / Haftpflichtigen in Höhe der von dem Deckungsschutz gewährenden Versicherer erbrachten Leistungen an diesen ab.

Ich willige ein, dass der Deckungsschutz gewährende Versicherer und die bearbeitende Care Concept AG meine personenbezogenen Daten erheben, speichern nutzen und gegenseitig übermitteln dürfen, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung der Versicherungsverträge einschließlich zur Provisionsabrechnung erforderlich ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Versicherungsnehmer)

_____ und _____
(Unterschrift versicherte Person oder deren gesetzlichen Vertreter)

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir im Namen des zuständigen Versicherers noch einige Angaben.
Wir bitten Sie daher das vorliegende Formular auszufüllen, zu unterschreiben und schnellstmöglich an uns zurück zu senden. Vielen Dank!

Versicherungsscheinnummer: _____ (bitte immer angeben)

1. Anspruchsteller:

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma
Name:			
Vorname:			
Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:			
Erlerner Beruf:			
Zuletzt tätig als:			
E-Mail- Adresse:			
Telefon:	Fax:		
Telefon (mobil):			
Bankverbindung:	Inhaber: Name:	Vorname:	
	BIC/Bankleitzahl	IBAN / Kontonr.:	

2. Schadenverursacher (Versicherungsnehmer / versicherte Person):

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:
E-Mail Adresse:		
Telefon:	Fax:	
Telefon (mobil):		
vers. Person:	Name:	Vorname:
	Straße:	Hausnummer:
	PLZ:	Ort:

3. weiterer Unfallbeteiligter / Zeuge (ggf. weitere Beteiligte / Zeugen notieren Sie bitte auf einem gesonderten Blatt:

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:
E-Mail Adresse:		
Telefon:	Fax:	
Telefon (mobil):		

4. Angaben zum Unfall

Schadentag:	Uhrzeit:	
Schadenort:		
Aufgenommen durch:	Dienststelle:	Aktenzeichen:
	Straße:	PLZ / Ort:

5. Schilderung / Skizze (ggf. gefertigte Fotos bitte beifügen)

6. Weitere Angaben bei Beteiligung eines oder mehrerer Fahrzeuge

Fahrzeug A:		Fahrzeug B:
	Art (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
	Hersteller / Modell	
<input type="checkbox"/>	Fahrzeug war abgestellt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr an	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hielt an	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr aus Parkplatz, Grundstück, etc.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog in Parkplatz, Grundstück, etc. ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bremste	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr auf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr parallel auf anderer Spur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wechselte die Spur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog rechts ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog links ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Überholte	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr im Gegenverkehr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr rückwärts	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beachtete Vorfahrt (z.B. Ampel) nicht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Geschwindigkeit vor Zusammenstoß	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Fahrer alkoholisiert
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Unfallflucht
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Angaben bei Beschädigung einer oder mehrerer Sachen:

Was wurde beschädigt:	
Wer ist Eigentümer dieser Sache:	
Gehört die Sache zum Betriebsvermögen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art und Umfang der Beschädigung:	
Wann / zu welchem Preis wurde die Sache angeschafft:	(soweit vorhanden, bitte Kaufbeleg beifügen) Datum (ca.): _____ Preis(ca.): _____ €
Voraussichtliche Kosten der Wiederherstellung:	(bitte Kostenvoranschlag beifügen) ca. _____ €
Voraussichtliche Reparaturdauer:	ca. _____ Tage
Die Sache kann besichtigt werden bei:	Name / Anschrift: Telefon:
Die Sache wurde besichtigt durch:	Name / Anschrift: Telefon:
Vorschäden:	Anzahl: Umfang:

Für die Sache besteht eine <input type="checkbox"/> Glas- <input type="checkbox"/> Feuer- <input type="checkbox"/> Leitungswasser- <input type="checkbox"/> Hausrat <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> Vollkasko- <input type="checkbox"/> sonstige, z.B. Handyversicherung; und zwar:	Versicherer: Anschrift: Vers. Nr.: Schaden dort bereits gemeldet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusätzliche Angaben bei Beschädigung eines KFZ	
Fahrzeugart:	
Hersteller / Modell:	
Baujahr:	
KM Stand:	
Amtl. Kennzeichen:	
Anzahl der Vorbesitzer:	
Das KFZ ist wie folgt versichert:	Haftpflicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Vollkasko: <input type="checkbox"/> ja (ggf. Selbstbeteiligung _____ €) <input type="checkbox"/> nein
	Teilkasko: <input type="checkbox"/> ja (ggf. Selbstbeteiligung _____ €) <input type="checkbox"/> nein
	Verkehrsservice:
	Versichert bei:
	Police Nr.:
<p><i>Falls kein Totalschaden vorliegt wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht die sofortige Inangriffnahme der Reparatur empfohlen. Ein Schaden, der durch eine verspätete Auftragserteilung entsteht, geht nicht zu Lasten des Schädigers. Bei Auftragserteilung ist die Reparaturwerkstatt darauf hinzuweisen, dass die Rechnung unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke auszustellen ist.</i></p> <p><i>Soweit ein Mietwagen in Anspruch genommen werden soll, wird ergänzend darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Schadenminderungspflicht nach – höchstichterlicher – Rechtsprechung die Anmietung zu erhöhten, sog. Unfallersatztarifen nur in Ausnahmefällen erstattungsfähig ist.</i></p>	

8. Angaben bei Verletzung einer Person (bei Verletzung einer Person bitte zusätzlich die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht am Ende dieses Formulars vervollständigen und unterzeichnen):

Verletzte Person:	Name:	Vorname:	
Anschrift:	Straße:	Hausnummer:	
	PLZ:	Ort:	Land:
Zur Zeit erreichbar:	Telefon:		
	Mobil		
	E-Mail:		
Geburtsdatum:			
Arbeitgeber / Dienstherr:	Name:		
	Anschrift:		
	Telefon:		
Erlerner Beruf:			
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:			
Selbständig:	<input type="checkbox"/> ja, als	<input type="checkbox"/> nein	
Einkommen pro Jahr:	Brutto:	€	netto €
Familienstand:			
Unterhaltsberechtignte Angehörige (z.B. Kinder):	Anzahl:	Alter:	
Zuständige Krankenkasse:	Name:		
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	Anschrift:		
<input type="checkbox"/> privat versichert	Versicherungsnummer:		
<input type="checkbox"/> privat Zusatzversichert			
Zuständiger Rentenversicherer:	Name:		
	Anschrift:		
	Versicherungsnummer:		
Liegt ein Berufs- / Wegeunfall vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Zuständige Berufsgenossenschaft:		
	Name:		
	Anschrift:		
	Aktenzeichen:		

9. weitere Angaben bei Verletzung einer Person:

Art und Umfang der erlittenen Verletzungen:	
Die Verletzungen sind ausgeheilt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stationäre Behandlung wegen der Verletzung:	<input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein Behandelndes Krankenhaus: Name: Anschrift:
Ambulante Behandlung wegen der Verletzung:	<input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein Behandelnde Ärzte: Name: Anschrift: Weitere Behandlung bei: Name: Anschrift:
Krankschreibung:	<input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein
Die Verletzung wurde trotz Schutzeinrichtungen erlitten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Folgende Schutzeinrichtung wurde genutzt: <input type="checkbox"/> Sicherheitsgurt <input type="checkbox"/> Helm (Motorrad-, Fahrrad- oder Sturzhelm) <input type="checkbox"/> besondere Schutzkleidung (z.B. Motorradkleidung, Arbeitsschuhe)

Wichtige Hinweise:

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass ich für die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben auch dann verantwortlich bin, wenn ich dieses Formular nicht eigenhändig ausgefüllt habe.

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift des Anspruchstellers oder seines gesetzlichen Vertreters)

Einwilligung in die Erhebung von Gesundheitsdaten Schweigepflichtentbindungserklärung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung sowie Weitergabe von personenbezogenen Daten:

Ich willige ein, dass der Deckungsschutz gewährende Versicherer (im Folgenden Versicherer genannt) und bearbeitende Care Concept AG (im Folgenden Care Concept genannt) meine personenbezogenen Daten erheben, speichern nutzen und gegenseitig übermitteln dürfen, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung der Versicherungsverträge einschließlich zur Provisionsabrechnung erforderlich ist.

2. Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten:

Um auch Ihre Gesundheitsdaten für diesen Leistungsantrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen der Versicherer und die Care Concept Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen und Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu können und um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten – soweit erforderlich – an andere Stellen weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige ein, dass der Versicherer und die Care Concept die von mir in dieser Schadenmeldung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichern, nutzen und gegenseitig übermitteln, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Wenn es für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig ist, medizinische Gutachter einzuschalten, benötigen der Versicherer und die Care Concept Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer bzw. die bearbeitende Care Concept meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den zuständigen Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den meine möglichen Ansprüche prüfenden Versicherer und die Care Concept tätigen Personen sowie die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Datenweitergabe bei Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Der Versicherer und die Care Concept führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, die telefonische Kundenbetreuung oder den Notruf-Service, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen der zuständige Versicherer und die Care Concept Ihre Schweigepflichtentbindung für diese Stellen.

Ich willige ein, dass der Versicherer und die Care Concept meine Gesundheitsdaten an die

- D+S communications center management GmbH, Hamburg
- H.B.C. Hanse Betreuungszentrum GmbH, Hamburg
- Roland Assistance GmbH, Köln
- Insurance Warehouse Gesellschaft für Finanzdienstleistungen GmbH, Hamburg

übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer und die Care Concept dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der Care Concept sowie sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste können Sie schriftlich bei der Care Concept anfordern.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, schalten der Versicherer und die Care Concept Rückversicherungen ein, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen sowie der Rückversicherungsabrechnung, aber auch zur Beurteilung des Risikos oder eines Versicherungsfalles können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer und die Care Concept unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer und für die Care Concept tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Anspruchstellers oder seines gesetzlichen Vertreters)

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name des Erklärenden:		Vorname:	
Geboren:		in:	
Anschrift:		PLZ, Ort:	
Datum des Unfalls der ersten Krankheitssymptome:		in:	
Versicherungsscheinnummer:			

Mir ist bekannt, dass der zuständige Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, zur Beurteilung der Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste, etc.) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck befreie ich

Anrede	Name	Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht

Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ferner für die Angehörigen anderer Unfall-, Kranken-, sowie Lebensversicherer, die nach den dort bestehenden Versicherungsverhältnissen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für _____ ab, der oder die nicht dazu in der Lage ist / sind, die Tragweite dieser Erklärung zu beurteilen. (Bei Bestehen eines Betreuungsverhältnisses bitten wir eine Kopie der Ernennungsurkunde / des Betreuerausweises beizufügen)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Anspruchstellers oder seines gesetzlichen Vertreters)