

## Information zu der Unfallanzeige

Sie melden uns einen Unfall. Damit haben Sie den ersten Schritt getan.  
Sie erhalten heute alle Unterlagen von uns.

Welche Angaben benötigen wir von Ihnen?

1. Füllen Sie die **Unfallanzeige** aus.
2. Bitte unterschreiben Sie als Versicherungsnehmer die Unfallanzeige.  
Die versicherte Person unterschreibt zusätzlich ab dem 16. Lebensjahr.
3. Die **Erklärung zur Schweigepflichtentbindung** (Seite 3) unterschreibt nur die versicherte Person. In dieser Erklärung ist eine Auswahl zu treffen.

Haben Sie von Ihrem Arzt Unterlagen erhalten? Zum Beispiel Befund-, Behandlungs- oder Entlassungs-Berichte? Dann senden Sie uns bitte Kopien zu.

Senden Sie uns die Unfallanzeige und die Erklärung zur Schweigepflichtentbindung.  
Sobald wir die Unterlagen haben, kümmern wir uns für Sie darum.

Im Todesfall unterschreiben die Erben die Unterlagen.  
Sollte eine Sterbeurkunde vorliegen, senden Sie diese bitte mit.

Bei Fragen rufen Sie uns gern an. Wir sind für Sie da.

Hamburger Feuerkasse Versicherungs-Aktiengesellschaft, Postanschrift: 20019 Hamburg, Hausanschrift: Kleiner Burstah 6-10, 20457 Hamburg, Tel. +49 40 30904-0, Fax +49 40 30904-9000, [service@hamburger-feuerkasse.de](mailto:service@hamburger-feuerkasse.de), Schaden-Hotline: +49 40 30904-9826

Versicherungsnummer

U / K

Kundennummer

Schadennummer

Name, Vorname der / des Verletzten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Rufnummer, unter der Sie am besten erreichbar sind

E-Mail Adresse

Ausgeübter Beruf oder Gewerbe

Unfalltag

Unfallzeit

Unfallort

**Bitte schildern Sie den Unfallhergang möglichst detailliert**

– Lag ein äußerer Einfluss vor (z. B. Unebenheit, Kante, Sturz o. ä.)?

**Welche Polizeidienststelle hat Feststellungen getroffen?**

Nach Möglichkeit bitte eine Kopie des Unfallberichtes, Aktenzeichen oder Tagebuchnummer beifügen.

**Handelt es sich hierbei um einen Arbeits- oder Dienstatunfall (Wegeunfall)?**

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Aktenzeichen der Berufsgenossenschaft angeben.

**Bei Verkehrsunfällen:**

**Besaß der Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis?**

Ja  Nein

Sofern vorhanden, geben Sie bitte Name und Anschrift der Unfallzeugen an.

**Hatten Sie vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?**

Ja  Nein

**Wurde eine Blutprobe entnommen?**

Ja  Nein

**Wenn ja, mit welchem Ergebnis?**

**Welche Verletzungen haben Sie erlitten (Diagnose)?**

(Bitte fügen Sie nach Möglichkeit Arzt- und Krankenhausunterlagen, sowie den Erstbefund bei.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welcher Körperteil ist betroffen?**

\_\_\_\_\_

**- bei Gliedmaßen**

rechts  links

**Welche Ärzte haben Sie aufgrund des Unfalles behandelt?**

Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt?**

Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Nein

**Wie lauten der Name und die Anschrift des behandelnden Arztes / des Krankenhauses?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Für welchen Zeitraum waren Sie infolge des Unfalles arbeitsunfähig?**

Bitte nach Möglichkeit entsprechende Belege beifügen.

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an Krankheiten oder Gebrechen?**

Ja  Nein

**Wenn ja, an welchen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sind Sie in einen Pflegegrad der gesetzlichen Pflegeversicherung eingestuft?**

Ja  Nein

**Wenn ja, in welchen?**

Pflegegrad I  Pflegegrad II  Pflegegrad III  Pflegegrad IV  Pflegegrad V

**Wann wurde der Pflegegrad erteilt (Datum)?**

\_\_\_\_\_

**Sind Sie noch bei anderen Gesellschaften gegen Unfall versichert?**

Ja  Nein

**Wenn ja, mit welcher Versicherungs- / Schadennummer?**

\_\_\_\_\_

**An wen (genaue Anschrift) soll die Entschädigung überwiesen werden?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Auf welches Konto?**

IBAN

\_\_\_\_\_

Bank / Sparkasse

\_\_\_\_\_

**Nur im Todesfall auszufüllen.**

Name und Anschrift der / des Angehörigen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen bei Verletzungen der Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.**

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass wir Sie zum Umgang mit personenbezogenen Daten informieren. Wir verarbeiten personenbezogene Daten für die Provinzial im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung und dem Bundesdatenschutzgesetz. Ausführliche Informationen und Hinweise zu Ihren Rechten finden Sie im Internet unter [www.hamburger-feuerkasse.de/datenschutz](http://www.hamburger-feuerkasse.de/datenschutz).

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

\_\_\_\_\_

**Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

**1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder, die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

**Möglichkeit I**

Ich willige ein, dass die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrages an die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch in soweit die für die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

**Möglichkeit II**

Ich wünsche, dass mich die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrages beziehen, gelten Sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrages vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass wir ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten nicht für Sie tätig werden können.

**2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG benötigt 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 die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

**3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem HIS**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG an das HIS melden. Die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_

**Bitte dem Versicherungsnehmer aushändigen!**

**Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Als Versicherungsnehmer genießen Sie Absicherung und Rechte. Im Versicherungsfall haben Sie auch besondere Pflichten. Wir sprechen dabei von „Obliegenheiten“. Welche dies sind, erklären wir nachfolgend.

Wenn ein Versicherungsfall eintritt, haben Sie Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten. Diese haben wir mit Ihnen vertraglich vereinbart. Danach müssen Sie uns über alle Umstände aufklären, die wir zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht benötigen. Ebenso sind alle von uns geforderten Belege einzureichen. Dafür setzen wir eine Frist, innerhalb der Sie uns wahrheitsgemäß und umfassend die Auskünfte erteilen müssen.

Diese Obliegenheiten sind von Ihnen zu erfüllen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

Liefern Sie die notwendigen Auskünfte und Belege vorsätzlich nicht oder nicht fristgerecht, verstoßen Sie gegen vertraglich vereinbarte Obliegenheiten. Sie verlieren bei einem solchen Verstoß Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Dies kann sogar den vollständigen Verlust des Anspruchs auf Leistungen einschließen. Können Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben, dann kürzen wir unsere Leistungen nicht.

Unter folgenden Bedingungen bleiben wir zur Leistung verpflichtet: Sie weisen nach, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Vertragspflicht zur Auskunft, zur Aufklärung oder bei der Vorlage von Belegen arglistig, erlischt unsere Verpflichtung zur Leistung in jedem Fall.

**Hinweis**

Diese Verpflichtung betrifft (außer Ihnen) auch Dritte, denen das Recht auf die vertragliche Leistung zusteht. Auch diese Personen sind zur Auskunft, zur Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.