



PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH
Glockengießerwall 2
20095 Hamburg

Versicherungsnehmer (bitte unbedingt ausfüllen!)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Versicherungsschein-Nr.

Schaden-Nr.

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

wir möchten Ihren Schadenfall so zügig wie möglich regulieren. Bitte helfen Sie uns dabei, indem Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit vorhandenen Belegen unverzüglich zurücksenden. Nicht beantwortete Fragen können die Bearbeitungsdauer verzögern. Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt.

Sie haben Fragen? Zögern Sie nicht, sich bei uns telefonisch oder per E-Mail (service@phoenix-versichert.de) zu melden. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Einzelfall ggfs. weitere Informationen benötigen.

Allgemeines

Handelt es sich um einen Arbeits-/Dienst- oder Schulunfall?

Nein

Ja

Schadenursache

Schadentag

Uhrzeit

Schadenort

polizeilich gemeldet?

Nein

Ja, am

Polizeidienststelle

Tagebuchnummer

Konto für Entschädigungen

Kontoinhaber

Versicherungsnehmer oder

IBAN DE

BIC

Bank

Gibt es Zeugen?

Nein

Ja

Name

Adresse

Telefon

Besteht für die verletzte Person eine weitere Unfallversicherung?

Nein

Ja, und zwar

Gesellschaft

Versicherungsschein-Nummer



Schadenschilderung (ggf. Fortsetzung auf gesondertem Blatt)

Angaben zur verletzten Person

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Straße, Hausnr.	_____	Telefon	_____
PLZ, Ort	_____	Beruf	_____
Art der Verletzung _____			
Wurde der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung verursacht? (z.B. Ohnmacht, Schwindel-/Krampfanfall o.ä.)		Nein	Ja

Hatte die verletzte Person in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken?		Nein	Ja

Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen?		Nein	Ja, Ergebnis _____
Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?		Nein	Ja

Angaben zur Unfallverletzungen/Unfallbehandlungen

Welche Verletzungen/sonstige Gesundheitsschädigungen sind eingetreten?
(bitte Verletzungs-/Behandlungsnachweis beifügen)

Name, Adresse des erstbehandelnden Arztes _____			
Behandlung	am/vom _____	bis _____	
Name, Adresse des weiterbehandelnden Ärzte _____			
Behandlung	am/vom _____	bis _____	
Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung	Nein	Ja, bis voraussichtlich _____	
Werden vermutlich Dauerschäden zurückbleiben?	Nein	Ja	nicht bekannt
Ambulante Behandlung	vom _____	bis _____	
War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund?	Nein	Ja	
Falls nein, Art der Krankheit oder des Leidens _____			



Stationäre Behandlung (bitte ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht beifügen)

Name, Adresse des Krankenhauses

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?

Nein, voraussichtliches Behandlungsende _____ Ja

Vorschäden zur Privathaftpflichtversicherung

Haben Sie in den letzten fünf Jahren weitere Schäden verursacht? Nein und zwar _____

Anzahl	Schadenhöhe	Schadenartumfang	Schadenjahr	Versicherer / Versicherungsnummer
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____



Wichtige Informationen zu Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls nach § 28 Abs. 4 VVG

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt der Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, 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 Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung befreit.

Hinweis

Falls 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich das Formular nicht selbst ausgefüllt habe. Die Obliegenheiten und die Mitteilung über die Verletzung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls nach § 28 Abs. 4 VVG habe ich zur Kenntnis genommen. Ich willige ein, dass bei allen Vor- und Nebenversicherungen alle risikorelevanten Daten, insbesondere Anzahl und Höhe der Vorschäden nachgeprüft werden.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmer

Auf die Verwendung von Doppelformen oder anderen Kennzeichnungen für männliche, weibliche und diverse Personen wird im Folgenden verzichtet, um die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit zu wahren. Mit allen im Text verwendeten Personenbezeichnungen sind stets alle Geschlechter gemeint.



EINWILLIGUNG UND SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung für die Unfallversicherung

Name der versicherten Person _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Schaden-Nr. _____

Unfalldatum _____

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH sowie die LSH Versicherung VaG 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur soweit es erforderlich ist. Die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH sowie die LSH Versicherung VaG 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 (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit 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 PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH und die LSH Versicherung VaG – 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 von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH und die LSH Versicherung VaG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die LSH-Versicherung VaG an diese Stelle weitergegeben werden und befreie insoweit die für die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH sowie die LSH Versicherung VaG 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 PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH sowie die LSH Versicherung VaG informieren, 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 meiner Gesundheitsdaten durch die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH sowie die LSH Versicherung VaG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Phönix Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH 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 Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für den Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.



2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH sowie die LSH Versicherung VaG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH und die LSH Versicherung VaG 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 PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH und die LSH Versicherung VaG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die LSH Versicherung VaG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die LSH Versicherung VaG an das HIS melden. Die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH, die LSH Versicherung VaG 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 PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH sowie die LSH Versicherung VaG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die LSH Versicherung VaG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems- 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 des Versicherungsnehmer

Unterschrift versicherte Person
(falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

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

Unterschrift gesetzliche Vertretung