



BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Wrangelstr. 100
 10997 Berlin

Oder einfach per E-Mail an:

schaden@berlin-direktversicherung.de

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:	
Vorname:	
Nachname:	
Straße:	Haus-Nr.:
PLZ:	Wohnort:
Telefonnummer:	
E-Mailadresse:	

VERSICHERUNGSNUMMER: _____

SCHADENANZEIGE ZUR REISE-UNFALLVERSICHERUNG

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,
 bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können (lesen Sie hierzu auch den Abschnitt „Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall“, auf Seite 6).

Angaben zur Reise:

- Reiseveranstalter: _____
- Reiseziel: _____

Angaben zur verletzten Person:

- Vorname: _____
- Nachname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Straße: _____ Nr.: _____
- PLZ: _____ Ort: _____
- Telefonnummer: _____
- derzeitige Beschäftigung: _____
- Beruf: _____

Angaben zum Unfallereignis:

- Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____
- Ort: _____
- Straße: _____



- Wie ereignete sich der Unfall? Was war die Ursache?

.....

(Sofern der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte ein separates Blatt. Vielen Dank.)

- Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Nein Ja
- Handelt es sich um einen Wegeunfall? (auf dem Arbeitsweg) Nein Ja
- Ereignete sich der Unfall in Ausübung der beruflichen Tätigkeit?
 Wenn ja bei welcher Tätigkeit?
- Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an?

Aktenzeichen und Anschrift, sofern bekannt:

.....

- Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder andere Rauschmittel zu sich genommen?

Nein Ja

Wenn ja, zu welcher Zeit?

In welcher Menge? In welcher Art?

- Wurde eine Blutprobe entnommen?
 Nein Ja Wenn ja, wie war das Ergebnis? Promille
- Gibt es Zeugen, die den Unfall beobachtet, oder Personen, die Erste Hilfe geleistet haben?

Name (Person 1):

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Name (Person 2):

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Name (Person 3):

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Waren die Personen Augenzeuge bzw. haben Erste Hilfe geleistet?

	Augenzeuge	Erste Hilfe
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Nein Ja, Aktenzeichen

Bitte nennen Sie die Anschrift der Dienststelle:

.....



- Wurde der Vorgang an eine Staatsanwaltschaft oder Bußgeldstelle weitergeleitet?
 Nein Ja unbekannt

Angaben zu den Unfallfolgen:

- Welche Verletzungen sind entstanden?

- Welcher Arzt führte die erste Behandlung durch?

(Name, Anschrift und Fachrichtung)

- Wann erfolgte die erste Behandlung? (Datum) _____

- Was wurde angeordnet? _____

- War ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich? Nein Ja
 vom _____ bis _____
 Anschrift des Krankenhauses: _____

vom _____ bis _____
 Anschrift des Krankenhauses: _____

- Haben noch weitere Ärzte die Unfallverletzung behandelt? Nein Ja

(Name, Anschrift und Fachrichtung)

- Ist die Behandlung abgeschlossen? Nein Ja, seit dem: _____

Allgemeine Angaben zur verletzten Person:

- Bestanden am Unfalltag noch weitere Unfallversicherungen? Nein Ja

Gesellschaft: _____
 Anschrift: _____
 Versicherungsnummer: _____
 Gesellschaft: _____
 Anschrift: _____
 Versicherungsnummer: _____

- Gab es Unfallversicherungen, die inzwischen beendet sind? Nein Ja

- Erhielt die verletzte Person aus diesen Verträgen Zahlungen? Nein Ja



Erstattungskonto:

Kostenerstattungen überweisen wir ausschließlich auf das Konto des Geschädigten.

IBAN: _____

BIC: _____

Bankname: _____

Kontoinhaber: _____

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadenfall für Sie bearbeiten können:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| • Reise-Buchungsbestätigung | <input type="checkbox"/> | • Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte | <input type="checkbox"/> |
| • Reisenachweise (z.B. Zugticket) | <input type="checkbox"/> | • Sterbeurkunde/Totenschein (im Todesfall) | <input type="checkbox"/> |
| • Behandlungsnachweise vom Arzt | <input type="checkbox"/> | • Erbschein (im Todesfall) | <input type="checkbox"/> |
| • Polizeiprotokoll | <input type="checkbox"/> | | |

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Vielen Dank für Ihre Hilfe.



Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Vers.-Nr.: _____ Schaden-Nr.: _____

Belehrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

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

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns 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 uns vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere 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 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, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

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/Dokumenten verpflichtet.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

Schlusserklärungen:

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

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG gezahlten Leistungen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und ärztliche Bescheinigung

Vers.-Nr.: _____ Schaden-Nr.: _____

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG die von mir in diesem Leistungsantrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht (Schweigepflichtentbindung)

Sofern Sie nicht selber erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung bitte von der Person unterzeichnen, deren Gesundheitsdaten erhoben bzw. verwendet werden sollen (versicherte Person oder Risikoperson, z. B. Eltern, Kinder, Großeltern etc.). Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die Erkrankungen, welche im Zusammenhang mit der Reisesstornierung stehen. Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Abgabe der nachfolgenden Erklärungen zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welcher ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG – soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei

Name: _____

Adresse: _____

Name: _____

Adresse: _____

Name: _____

Adresse: _____

erhebt und zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht verwendet.

Ich befreie die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme zu, dass meine zulässigerweise dort gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen und Daten aus Versicherungsanträgen und -verträgen anderer Versicherungsunternehmen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG übermittelt werden dürfen.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG benötigt hierzu Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung 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 BD24 Berlin Direkt Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.



4. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service oder die telefonische Kundenberatung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter www.berlin-direktversicherung.de/datenschutz eingesehen oder schriftlich angefordert werden.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wie die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

5. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können Sie kontrollieren, ob die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG den Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG 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 die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Person oder ggf. des gesetzlichen Vertreters

Schlusserklärungen

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

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG gezahlten Leistungen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter