



	Ja	Nein	
Haben Zeugen den Unfall gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name, Anschrift _____
Sind polizeiliche Feststellungen getroffen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anschrift Dienststelle _____
Ggf. welche Staatsanwaltschaft?			_____
Aktenzeichen?			_____
Hat die versicherte Person 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder andere berauschende Mittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, Art und Menge _____ Uhrzeit: von – bis _____
Zeitraum der Einnahme			_____
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, mit dem Ergebnis _____ <sup>0/00</sup>
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindel, Krampfanfall) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, _____
War die versicherte Person als Lenker eines Fahrzeuges im Besitz der erforderlichen Erlaubnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Führerscheinklasse _____
Welcher Arzt behandelte (wann) zuerst?			Name _____ Anschrift _____ Datum, Uhrzeit _____
Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter (ggf. auch Anschrift des Krankenhauses mit Abteilung)?			Name, Anschrift _____ _____
Wie lange hat die stationäre Behandlung gedauert?			von – bis _____
Ist die versicherte Person wieder arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit _____
War die versicherte Person vor dem Unfall akut oder chronisch krank (auch Suchterkrankung) oder lag eine Behinderung oder Anomalie vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche u. seit wann? _____
Welche Ärzte behandelten diese Erkrankungen? (Bitte Anschriften angeben)			_____
Bezieht die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welcher Pflegegrad _____ seit: _____
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erwerbsminderungsgrad (MdE) _____ % , GdB _____
Ggf. von welcher Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)?			_____
Nimmt die versicherte Person regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____
Hat die versicherte Person schon früher Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, am _____
Art der Verletzungen?			_____
Hat sie dafür Invaliditätsentschädigungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, von wem? _____
Bestehen für die versicherte Person weitere eigene Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, seit _____
Bei welchen Gesellschaften?			_____
Unter welcher Versicherungsscheinnummer?			_____
Bestehen für die/den Versicherte(n) fremde Unfallversicherungen, z.B. über den Arbeitgeber, Verein usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, seit _____
Bei welchen Gesellschaften / Berufsgenossenschaften?			_____

## WICHTIGER HINWEIS

Wir bitten Sie, die Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zurückzusenden.

Vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine - der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende - Kürzung der Leistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene/n ab

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Schweigepflicht

Schaden-Nr.:

Name, Vorname:

geb. am:

Um Ihre Gesundheitsdaten für den geltend gemachten Anspruch erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Volkswohl Bund Sachversicherung AG Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Unfallversicherung benötigt die Volkswohl Bund Sachversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Volkswohl Bund Sachversicherung AG (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Volkswohl Bund Sachversicherung AG (unter 3.)

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Volkswohl Bund Sachversicherung AG.

Ich willige ein, dass die Volkswohl Bund Sachversicherung AG die von mir zu diesem Versicherungsfall übermittelten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit diese zur Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht ist es in Ihrem Versicherungsfall erforderlich, dass die Volkswohl Bund Sachversicherung 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für unser Unternehmen sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben 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 Volkswohl Bund Sachversicherung 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, Behandlung-en sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrages an die Volkswohl Bund Sachversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Volkswohl Bund Sachversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Volkswohl Bund Sachversicherung 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.

**oder Möglichkeit II:**

- Ich wünsche, dass mich die Volkswahl Bund Sachversicherung 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 Volkswahl Bund Sachversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Volkswahl Bund Sachversicherung AG einwillige.
  - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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 Volkswahl Bund Sachversicherung 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.

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Volkswahl Bund Sachversicherung AG**

**3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Volkswahl Bund Sachversicherung 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 Volkswahl Bund Sachversicherung 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 Volkswahl Bund Sachversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Volkswahl Bund Sachversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

**3.2 Übertragung von Aufgaben an Assistenzdienstleister (Unternehmen oder Personen)**

Die Volkswahl Bund Sachversicherung AG gibt versicherte Assistenzdienstleistungen in Auftrag, bei der es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Volkswahl Bund Sachversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung und soweit erforderlich für die Assistenzdienstleister.

Ich willige ein, dass die Volkswahl Bund Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten an die Assistenzdienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Volkswahl Bund Sachversicherung AG dies tun dürfte.

Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Dienstleister im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtentbindung zu den Punkten 1 bis 3 nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder die Prüfung Ihres Anspruches in der Regel nichtmöglich sein wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person  
(ab Vollendung des 16. Lebensjahres  
bei Vorliegen der erforderlichen  
Einsichtsfähigkeit)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des gesetzlichen  
Vertreter(s)

Bitte zurücksenden an:

**Volkswohl Bund Sachversicherung AG**  
**44128 Dortmund**

Schaden-Nr.:

Versicherte Person:

**Einwilligung und Schweigepflichtentbindung**

für die Weitergabe von Gesundheitsdaten und Übermittlung des Schriftverkehrs an den Vermittler

Ich willige ein, dass die Volkswohl Bund Sachversicherung den Schriftverkehr und insbesondere meine Gesundheitsdaten / bzw. die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Person - sowie die sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in diesem Fall an den zuständigen Vermittler weitergeben kann. Ich befreie insoweit die für die Volkswohl Bund tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person (frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters