

## Schadenanzeige allsafe lavidia – DIE Lebensstandardversicherung

### Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

  
  


 Festnetz:  Handy: 

 E-Mail: 

 Vertragsnummer: 

 Schadennummer: 

### Bankverbindung:

 Kontoinhaber: 

 Geldinstitut: 

 BIC: 

 IBAN: 

### Angaben zur versicherten Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)

 Vorname/Name:  Geburtsdatum: 

 Straße/Haus-Nr.:   Berufliche Tätigkeit: 

 PLZ/Ort:   Telefonisch erreichbar: 

### Angaben zur Gesundheitsschädigung der versicherten Person

#### 1. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung(en)?

  


#### 2. Schilderung des Erkrankungsverlaufs bzw. Art der Gesundheitsschädigung, Hergang und Ursache in eigenen Worten

  


#### 3. Unter welchen Beschwerden litt die versicherte Person bzw. leidet die versicherte Person heute noch?

  


#### 4. Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

 Datum:  (Sofern das genaue Datum nicht bekannt ist,  
bitte den ungefähren Zeitpunkt benennen)

#### 5. Wann wurde die Gesundheitsschädigung erstmals ärztlich festgestellt (Erstdiagnose)?

 Datum: 

#### 6. Durch wen wurde die Erstdiagnose gestellt?

 Arzt/Klinik (Name und Anschrift): 


#### 7. Wann fand die Erstbehandlung statt?

 Datum: 

#### 8. Durch wen erfolgte die Erstbehandlung?

 Arzt/Klinik (Name und Anschrift):

**9. Welcher Art der Behandlung erfolgte (z. B. Operation, Therapie, etc.)?**

<input type="text"/>	Zeitpunkt der Behandlung:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Zeitpunkt der Behandlung:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Zeitpunkt der Behandlung:	<input type="text"/>

**10. Welche Medikamente wurden/werden wegen der Gesundheitsschädigung eingenommen?**

a) Name des Medikamentes:	<input type="text"/>	Dosierung:	<input type="text"/>
Einnahme seit:	<input type="text"/>	Bis:	<input type="text"/>
b) Name des Medikamentes:	<input type="text"/>	Dosierung:	<input type="text"/>
Einnahme seit:	<input type="text"/>	Bis:	<input type="text"/>
c) Name des Medikamentes:	<input type="text"/>	Dosierung:	<input type="text"/>
Einnahme seit:	<input type="text"/>	Bis:	<input type="text"/>

**11. Welche Medikamente wurden/werden unabhängig von der Gesundheitsschädigung eingenommen?**

a) Name des Medikamentes:	<input type="text"/>	Dosierung:	<input type="text"/>
Einnahme seit:	<input type="text"/>	Bis:	<input type="text"/>
b) Name des Medikamentes:	<input type="text"/>	Dosierung:	<input type="text"/>
Einnahme seit:	<input type="text"/>	Bis:	<input type="text"/>
c) Name des Medikamentes:	<input type="text"/>	Dosierung:	<input type="text"/>
Einnahme seit:	<input type="text"/>	Bis:	<input type="text"/>

**12. Was ist die Ursache für die Gesundheitsschädigung?**
  

**13. Welche Folgen hat die Gesundheitsschädigung?**
  

**14. Wer hat die versicherte Person wegen der Gesundheitsschädigung noch untersucht oder behandelt?**

a) Arzt/Klinik (Name und Anschrift):	<input type="text"/>
Zeitpunkt/Zeitraum der Behandlung:	<input type="text"/>
Welche Untersuchungen/Behandlungen wurden durchgeführt?	<input type="text"/>
b) Arzt/Klinik (Name und Anschrift):	<input type="text"/>
Zeitpunkt/Zeitraum der Behandlung:	<input type="text"/>
Welche Untersuchungen/Behandlungen wurden durchgeführt?	<input type="text"/>
c) Arzt/Klinik (Name und Anschrift):	<input type="text"/>
Zeitpunkt/Zeitraum der Behandlung:	<input type="text"/>
Welche Untersuchungen/Behandlungen wurden durchgeführt?	<input type="text"/>

**15. Ist/war wegen der Gesundheitsschädigung eine stationäre Behandlung erforderlich?**  nein  ja, seit:

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern?  Wurde beendet am:

Wo wurde die stationäre Behandlung durchgeführt?

Klinik(en) (Name(n) und Anschrift(en)):

**16. Wurde die versicherte Person arbeitsunfähig geschrieben?**  nein  ja, ab:

Ist die Arbeitsunfähigkeit bereits beendet?  nein  ja, seit:

Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein?

**17. Ist nach ärztlicher Meinung mit einem irreversiblen Zustand zu rechnen?**  ja  nein

**18. Handelt es sich um eine Berufskrankheit?**  ja  nein

Wenn ja, ist dies bereits der zuständigen Berufsgenossenschaft gemeldet?  ja  nein

Wie lauten Name und Aktenzeichen der Berufsgenossenschaft?

**19. War die versicherte Person vor der in Ziffer C.1 genannten Gesundheitsschädigung vollkommen gesund und arbeitsfähig?**

ja  nein

Wenn nein, welche anderen Erkrankungen lagen vor?



Welcher Arzt/Klinik hat diese Erkrankungen wann behandelt?



**20. Besteht für die versicherte Person eine Pflegestufe oder wurde diese beantragt?**  nein  ja

Wenn ja, bitte Schriftwechsel/Bescheide beifügen.

**21. Besteht bei der versicherten Person ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder wurde eine solche beantragt?**  nein  ja

Wenn ja, bitte Schriftwechsel/Bescheide beifügen.

Wie hoch ist der GdB bzw. die MdE?  %

**22. Bezieht/bezog die versicherte Person eine Rente?**  nein  ja

Wenn ja, bitte Schriftwechsel/Bescheide beifügen.

Wer ist der Rententräger?

### Angaben zu Versicherungen/Sozialversicherungsträgern

**1. Besteht für die versicherte Person noch anderweitig vergleichbarer Versicherungsschutz?**  nein  ja

a) Wenn ja, Name und Anschrift der Versicherung:

 Versicherungsnummer: 

b) Wenn ja, Name und Anschrift der Versicherung:

 Versicherungsnummer:

**2. Besteht für die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsversicherung und/oder eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung?**
 nein  ja

a) Wenn ja, Name und Anschrift der Versicherung:

	Versicherungsnummer:	

b) Wenn ja, Name und Anschrift der Versicherung:

	Versicherungsnummer:	

**3. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die versicherte Person an?**

Name und Anschrift der zuständigen Berufsgenossenschaft:


**4. Besteht für die versicherte Person eine private oder gesetzliche Krankenversicherung?**
 nein  ja

a) Wenn ja, Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenversicherung:

	Versicherungsnummer:	

b) Wenn ja, Name und Anschrift der privaten Krankenversicherung:

	Versicherungsnummer:	

**Gebietsfremde**

Falls Sie innerhalb der letzten sechs Monate Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland hatten oder zu einer der folgenden Berufsgruppen zählen, bitten wir um Mitteilung, da wir gemäß § 26 Außenwirtschaftsgesetz (AWG) in Verbindung mit §§ 59 ff. der Außenwirtschaftsverordnung (AWV) verpflichtet sind, Zahlungen an gebietsfremde Personen an die Deutsche Bundesbank zu melden. **Berufsgruppen:** ausländische Studenten, Diplomaten, Armeeangehörige (ausgenommen Bundeswehr) sowie deren Familienmitglieder.

 ja, ich bin gebietsfremd. Sofern an dieser Stelle von Ihnen keine Angaben gemacht wurden, gehen wir davon aus, dass Sie gebietsansässig sind.

**Erklärung des Versicherungsnehmers und der verletzten Person**

Es besteht die vertragliche Obliegenheit uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unsere Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Konzept & Marketing GmbH zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter	

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die VHV Allgemeine Versicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, daher 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 Unter-nehmen der Unfall- und Lebensversicherung benötigen wir 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. IT-Dienstleister oder Assistancegesellschaften, 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. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die VHV Allgemeine Versicherung AG

**Ich willige ein, dass die VHV Allgemeine Versicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.**

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (1) oder später im Einzelfall (2) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

**Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

#### Möglichkeit 1:

Ich willige ein, dass die VHV Allgemeine Versicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder 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 Antragstellung an die VHV Allgemeine Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die VHV Allgemeine Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die VHV Allgemeine Versicherung 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 2:

Ich wünsche, dass mich die VHV Allgemeine Versicherung AG in jedem Einzelfall 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 VHV Allgemeine Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die VHV Allgemeine Versicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die VHV Allgemeine Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

## 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die VHV Allgemeine Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

**Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein (siehe Ziffer 2.1. – Möglichkeit 1).**

## 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der VHV Allgemeine Versicherung AG

Die VHV Allgemeine Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die VHV Allgemeine Versicherung 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 VHV Allgemeine Versicherung AG 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 die VHV Allgemeine Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die VHV Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die VHV Allgemeine Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der VHV-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die VHV Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die VHV Allgemeine Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die VHV Allgemeine Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Merkblatt zum Datenschutz der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet ([www.vhv.de/vhv/privat/Datenschutz.html](http://www.vhv.de/vhv/privat/Datenschutz.html)) eingesehen oder bei der VHV Allgemeinen Versicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die VHV Allgemeine Versicherung AG Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die VHV Allgemeine 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 und genutzt werden, wie die VHV Allgemeine Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VHV-Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die VHV Allgemeine Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die VHV Allgemeine Versicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die VHV Allgemeine Versicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die VHV Allgemeine Versicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen 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 Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die VHV Allgemeine 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 VHV Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.**

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler bei Einschaltung eines Vermittlers

Die VHV Allgemeine Versicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein, dass die VHV Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.**

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die VHV Allgemeine Versicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die VHV Allgemeine Versicherung AG zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. (siehe Ziffer 3.4.). Die VHV Allgemeine Versicherung AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der VHV Allgemeinen Versicherung AG und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein, dass die VHV Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.**

**Der Text der Einwilligung-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.**

### Schlusserklärung

Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen kann von mir nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangt werden, dass ich dem Versicherer und der Verwaltungsgesellschaft Konzept & Marketing GmbH (K&M) jede Auskunft erteile, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (**Auskunftsobliegenheit**), und die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermögliche, als ich alle Angaben mache, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (**Aufklärungsobliegenheit**). Der Versicherer/K&M können ebenfalls verlangen, dass ich Belege zur Verfügung stelle, soweit es mir zugemutet werden kann.

Mache ich entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stelle ich dem Versicherer/K&M vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verliere ich meinen Anspruch auf die Versicherungsleistung (**Leistungsfreiheit**). Verstoße ich grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliere ich meinen Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer/K&M können die Leistung im Verhältnis zur Schwere meines Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweise, dass ich die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt habe.

Trotz Verletzung meiner Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als ich nachweise, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Verletze ich die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird in jedem Fall der Versicherer von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

#### Hinweis:

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

- Ich bin damit einverstanden, dass der mich betreuende Vermittler/Betreuer auch alle Informationen zu dem von mir eingereichten Schadenfall erhält.
- Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass der mich betreuende Vermittler/Betreuer auch alle Informationen, **die Gesundheitsdaten enthalten**, zu dem von mir eingereichten Schadenfall erhält.
- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.  
(Hinweis: Ihre Angaben müssen der Wahrheit entsprechen, andernfalls ist der Versicherungsschutz gefährdet.)
- Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Daten durch K&M und durch den zuständigen Versicherer ein und bestätige die Hinweise zum Datenschutz gelesen zu haben.  
(Vor der Übermittlung Ihrer Daten weisen wir Sie gemäß Art. 13 DSGVO auf unsere Informationen zum Datenschutz (nachzulesen in unserer Datenschutzerklärung) und auf die Informationen des zuständigen Versicherers zum Datenschutz (verlinkt auf unserer Homepage [www.k-m.info](http://www.k-m.info) unter der Rubrik Datenschutz) als auch auf Ihr in [Art. 7 DSGVO](#) beschriebenes Widerrufsrecht hin. Mit der Übersendung gehen wir davon aus, dass Sie diese Informationen gelesen haben und einverstanden sind.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter	