

	J				
USF-300 02.20			Versicherungsnum	mer	
			Schadennummer		
An die					
uniVersa Allgemeine Versicherung AG			Versicherungsnehn	ner:	
AV-Schaden			Zuname		
90333 Nürnberg			Vorname		
			versicherte Person	:	
			Zuname		
			Vorname		
Annahan sum Hafallansinnia					
Angaben zum Unfallereignis Wann hat sich der Unfall ereignet?			Ubracit.		
-			Uhrzeit:		
Wo hat sich der Unfall ereignet (Adresse)?					
Handelt es sich um einen	☐ Berufsunfall	Schulunfall	Unfall auf dem Weg zur	Arbeit/Schule	sonstiger Unfall?
Wann wurde der Unfall erstmals gemeldet?			Bei wem?		
Angaben zur verletzten Person					
☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers ☐ Titel ☐			Geburtsdatum		
Zuname		Vorname			
Straße				Hausnum	mer
Postleitzahl Wohnort					
ausgeübter Beruf					
Angaben zur Ursache und zum Hergang d					
(Bitte schildern Sie ausführlich die Umstände, d	ie zu dem Unfall gefühi	rt haben. Bei Stürzen r	nennen Sie bitte Grund und Urs	ache des Sturzes	.)

Seite 1 von 6



USF-300 02.20		Versicherungsnummer			
			Cabadanumman		
			Schadennummer		
Polizei					
Nurde der Unfall/Schaden von der Polizei aufgenommen?	•		nein	□ ja	
Dienststelle:					
Aktenzeichen/Tagebuch-Nr.:					
Zeugen					
Welche Augenzeugen des Unfalls können Sie nennen?					
Name:					
Anschrift:					
Weitere Angaben					
Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor d	dem Unfall Alkohol getrunk	ken?	nein	□ ja	
Wenn ja: Wann, was und in welchen Mengen?					
Nurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen?	☐ nein	□ ja			
Wenn ja: Ergebnis	%0				
Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rai	nein	□ ja			
Wenn ja: Art der Medikamente bzw. Rauschmittel?					
War die Ursache für den Unfall eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall oder dergleichen)?			nein	□ ja	
Wenn ja: Welche Art Bewusstseinsstörung?					
Angaben zu den Unfallfolgen und deren Behandlu	ng				
Was haben Sie sich verletzt?					
Welche Verletzungen haben Sie (Bruch, Prellungen, etc)?					
Wann und durch wen erfolgte die erste ärztliche Hilfe?					
			rift des Arztes		
Waren Sie deshalb im Krankenhaus?	Aufnahmetag	fnahmetag Entlassungstag			
Namen und Anschrift des Krankenhauses?					
Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit?					
	von	bis			
Bei welchen Ärzten waren/sind Sie noch in Behandlung?					
Angaben über Vorerkrankungen/frühere Unfälle					
Welche Medikamten nehmen Sie regelmäßig ein? Leidet die verletzte Person an:					
- Diabetes?	eit				
- Osteoporose?					
- der Bluterkrankheit? □ nein □ ja, so - einer vorgeschädigten Hüfte? □ nein □ ja, so					



Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

Datum

IBAN D E

0rt

USF-300 02.20	Versicherungsnummer					
	Schadennummer					
Angaben über Vorerkrankungen/frühere Unfälle (Fortsetzung)						
3. Hatte die verletzte Person in den letzten 5 Jahren Unfälle?	in ja (Bitte Verletzung und Unfalljahr angeben)					
4. Bezieht bzw. bezog die verletzte Person eine Rente?	in					
5. Besteht für die verletzte Person ein Pflegegrad oder wurde dieser beant	tragt?					
□ nein □ ja, und zwar: 7. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwer □ nein □ ja (Bitte Schriftwechsel/Bescheide beifügen) Angaben über weitere Versicherungen Besteht oder bestanden für die verletzte Person noch weitere Unfallversich						
Versicherungsgesellschaft(en)	Versicherungsnummer(n)					
Besteht der Vertrag noch? □ nein □ ja						
Die Unfallversicherung wurde vom Uersicherer Uversicherungsnehmer (Kunde) gekündigt						
Besteht eine private Krankenversicherung (auch Zusatz- bzw. Tagegeldver	rsicherung)?					
Versicherungsgesellschaft(en)	Versicherungsnummer(n)					
Überweisung der Entschädigung an:						
Kontoinhaber						
Zuname/Firmenname	Vorname					

Unterschrift/en Kontoinhaber (Vor- u. Zuname, bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)





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

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht 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 alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

USF-300 02.20

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 frei.

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

0rt Datum Unterschrift Versicherungsnehmer

Bitte beachten Sie auch unsere nachfolgenden Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten:

Wir möchten Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung zustehenden Rechte informieren. Diese Informationen können Sie im Internet, in der jeweils aktuellen Fassung, unter www.universa.de/ds-info abrufen oder in Papierform bei uns anfordern. Bitte informieren Sie auch weitere von der Datenverarbeitung betroffene Personen entsprechend.



USF-300 02.20



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse im beigefügten Schreiben zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Durchführung des Vorganges in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Regelung des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften erhalten 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, benötigt die uniVersa Allgemeine Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die uniVersa Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die uniVersa Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancedienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der uniVersa Allgemeine Versicherung AG 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 die uniVersa Allgemeine Versicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der uniVersa Allgemeine Versicherung AG (unter 3.).
- 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die uniVersa Allgemeine Versicherung AG

Ich willige ein, dass die uniVersa Allgemeine Versicherung AG die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die uniVersa Allgemeine Versicherung 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 uniVersa Allgemeine Versicherung 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 und kreuzen Sie entsprechend an:

Möglichkeit I:

□ Ich willige ein, dass die uniVersa Allgemeine Versicherung 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.

lch 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 uniVersa Allgemeine Versicherung AG übermittelt werden.

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

- Ich wünsche, dass mich die uniVersa Allgemeine Versicherung 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 uniVersa Allgemeine Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die uniVersa Allgemeine Versicherung 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 Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die uniVersa Allgemeine Versicherung AG 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.



USF-300 02.20



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

4. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die uniVersa Allgemeine Versicherung 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 Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die uniVersa Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die uniVersa Allgemeine Versicherung 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 (siehe unter Ziff. 1.).

		X
Ort	Datum	Unterschrift versicherte Person
Ort	Datum	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)
Ort	Datum	Unterschrift gesetzlichen Vertreters (bspw. Vater, Mutter oder Vormund; bei Verstorbenen der betreffende Bechtspachfolger)