

INTER Versicherungsgruppe • Postfach 10 16 16 • 68016 Mannheim  
Herrn/Frau/Firma

Wird von der INTER ausgefüllt:

GS-/Agenturnummer

Schadennummer

Pers.-Nr.

## Unfall-Schadenanzeige zum Vers.-Schein Nr.

### Versicherungsnehmer

Herr, Frau, Firma

Straße, Haus-Nr., Postfach

PLZ, Ort

Telefonnummer des Versicherungsnehmers

### Versicherte Person, die den Unfall erlitten hat

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

geboren am

### 1.

#### 1.1 Berufliche Tätigkeit der versicherten Person vor dem Unfall

seit

#### 1.2 Arbeitgeber

Name und Anschrift

### 2.

2.1 **Ereignete sich der Unfall bei beruflicher Tätigkeit oder auf dem Weg zu oder von der Arbeitsstelle?**  ja  nein

2.2 Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft oder sonstigen gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet worden?  ja  nein

2.3 Berufsgenossenschaft oder sonstige gesetzliche Unfallversicherung (ggf. bitte vom Arbeitgeber erfragen)

### 3.

3.1 **Wann ereignete sich der Unfall?** Datum  Uhr (24-Stundenzeit)

3.2 Wo ereignete sich der Unfall? (Bitte genaue Bezeichnung des Landes, des Ortes, der Straße, Haus-Nr., des Lokales, Betriebes usw.)

3.3 Besteht dort ein weiterer Wohnsitz?  ja  nein

### 4.

4.1 **Wie ereignete sich der Unfall?** (Bitte recht genaue Angaben über den Ablauf des Unfallgeschehens)

  
  
  

4.2 Namen und Anschriften der Augenzeugen des Unfalles?

4.3 Was war die eigentliche Ursache des Unfalles?

5.

- 5.1 Hatte der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?  ja  nein
- 5.2 Ist dem Verletzten zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes eine Blutprobe entnommen worden?  ja Promillesatz  ‰,  nein
- 5.3 War der Verletzte Lenker eines Fahrzeuges?  ja  nein - Ggf. Fahrzeugart   
 Wenn ja: Besaß er zur Zeit des Unfalles einen Führerschein?  ja  nein - Ggf. Führerscheinklasse

6.

- 6.1 Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?  ja  nein Wenn ja, Tagebuch-Nr.
- 6.2 Anschrift der Polizei
- 6.3 Zuständige Staatsanwaltschaft  Aktenzeichen d. Staatsanw.

7.

- 7.1 Welche Körperteile wurden verletzt? (z. B. Kopf, re. Daumen, li. Bein usw.)
- 7.2 Welcher Art sind die Verletzungen? (z. B. Bruch, Verstauchung, Quetschung usw.)

8.

- 8.1 Wann genau wurde die ärztliche Behandlung aufgenommen? Datum  Uhr (24-Stundenzeit)   
 Durch welchen Arzt? (Name und Anschrift)
- 8.2 Ist die ärztliche Behandlung wegen des Unfalles beendet?  ja; seit wann?   
 nein Wie lange wird sie voraussichtlich noch dauern?
- 8.3 Welcher Arzt behandelte den Verletzten zuletzt bzw. behandelt ihn noch? (Name und Anschrift)
- 8.4 War der Verletzte wegen des Unfalles in stationärer Krankenhausbehandlung?  ja  nein  
 Wenn ja, von wann bis wann? Vom  bis   
 Name und Anschrift des Krankenhauses
- 8.5 Ist der Krankenhausaufenthalt wegen des Unfalles beendet?  ja; seit wann?   
 nein Wie lange wird er voraussichtlich noch dauern?

9. – Bitte verweisen Sie uns zu diesen Fragen nicht an den Hausarzt –

- 9.1 War der Verletzte bis zum Unfall völlig gesund und vollständig erwerbs- und arbeitsfähig?  ja  nein
- 9.2 Um wie viel Prozent lag vor dem Unfall eine Minderung der Erwerbstätigkeit vor?  % Seit wann?   
 Wodurch?
- 9.3 War der Verletzte bis zum Unfall noch im Stande, eine Erwerbstätigkeit auszuüben?  ja  nein
- 9.4 Ist der Verletzte mit einem körperlichen Gebrechen behaftet?  ja  nein Wenn ja, seit wann?   
 Art des Gebrechens?
- 9.5 Litt oder leidet der Verletzte an einer Geisteskrankheit?  ja  nein einer schweren Nervenkrankheit?  ja  nein  
 einer sonstigen erblichen Krankheit?  ja  nein Wenn ja, seit wann?   
 Name der Krankheit?  Besteht sie noch?  ja  nein
- 9.6 Wann, weswegen und von welchen Ärzten ist der Verletzte in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall behandelt worden?

10.

- 10.1 Bezog der Verletzte bereits eine Rente?  ja  nein Wenn ja, von wem?   
 Seit wann?  Art bzw. Grund der Rente?   
 Prozentsatz der Rente?  % Wird diese Rente auch jetzt noch gewährt?  ja  nein
- 10.2 Hat der Verletzte schon früher eine Entschädigung für einen Unfall erhalten?  ja  nein Wenn ja, wann   
 wie hoch?  von wem?

11.

- 11.1 Bestehen für den Verletzten noch bei anderen Gesellschaften Unfallversicherungen?  ja Wenn ja, seit wann?   nein
- 11.2 Namen und Anschriften der Gesellschaften?
- 11.3 Vers.-Schein-Nummern (Mitglieds-Nummern)?

12.

12.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse, Ersatz- oder Privatkasse ist der Verletzte krankenversichert? (Bitte volle Anschrift angeben)

12.2 Mitglieds-Nr. oder Name des versicherten Familienvorstandes?

13.

13.1 Auf welches Konto soll gegebenenfalls die Versicherungsleistung überwiesen werden?

Name des Kontoinhabers

IBAN

Geldinstitut (Name, Sitz)

### Unterschriften

**Beachten Sie bitte die nachfolgenden Anlagen:**

- Die Hinweise zu Obliegenheitsverletzungen (A)
- die Schweigepflichtentbindungserklärung - hier müssen Sie sich für eine Möglichkeit entscheiden, ausfüllen und unterschreiben (B)
- Fristhinweise zur Erlangung von Invaliditäts- ggf. Rentenleistungen aus dem Vertrag (C)

Unterschrift des Verletzten  
(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift des Versicherungsnehmers  
(wenn mit dem Versicherten nicht identisch)

Ort

Datum



121000

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

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 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 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 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 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 verpflichtet.

### **Besonderer Hinweis für Altverträge**

Auf Versicherungsverhältnisse die bis zum Inkrafttreten des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23.11.2007 am 01.01.2008 entstanden sind (Altverträge) ist das Gesetz über den Versicherungsvertrag zu der bis dahin geltenden Fassung bis zum 31.12.2008 anzuwenden.

Das heißt: Es besteht für die/den Versicherungsnehmer/in die Pflicht, alle Fragen des Versicherers nach bestem Wissen und vollständig sowie in angemessener Frist zu beantworten. Durch vorsätzlich wahrheitswidrige oder durch vorsätzlich unvollständige Angaben verliert der/die Versicherungsnehmer/in den Versicherungsschutz auch dann, wenn diese falschen oder unvollständigen Angaben keine nachteiligen Folgen für den Versicherer haben. Dies gilt generell ohne Rücksicht auf die Lage des einzelnen Falls.

Anlage A

01HUS317

# Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Versicherte Person   
Geburtsdatum   
Vertragsnummer

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die INTER Allgemeine Versicherung AG (INTER) 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 INTER 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 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 INTER – soweit es für die 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 INTER übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die INTER an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die INTER 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 INTER 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 INTER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die INTER 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 INTER 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. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

a.) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung  
Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die INTER 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 INTER 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 INTER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die INTER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

b.) Datenweitergabe an die anwaltliche Vertretung

**Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten an den/die mich vertretenen Rechtsanwalt/Rechtsanwältin weitergibt.**

## 3. Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

In bestimmten Fällen erfragt die INTER Ihre Gesundheitsdaten nicht direkt bei den behandelnden Stellen, sondern überträgt die Erledigung einem unabhängigen Dienstleister, der Fa. ACTINEO GmbH, Mannesmannstraße 5, 50996 Köln (im folgenden ACTINEO). ACTINEO stellt die erhaltenen Gesundheitsdaten der INTER zur weiteren Bearbeitung Ihres Schadenersatzanspruches zur Verfügung.

Wollen Sie nicht, dass ACTINEO Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten erfragt, haben Sie auch hier alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an uns zu übersenden oder übersenden zu lassen.

**Ich willige ein, dass ACTINEO meine Gesundheitsdaten – soweit es für die Prüfung und Bearbeitung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist – bei den oben genannten Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet. Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung(en) insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen.**

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenergebnis informiert werden.

**Ich willige ferner ein, dass ACTINEO meine Gesundheitsdaten der INTER zur Weiterbearbeitung übermittelt.**

Alle vorgenannten Erklärungen gelten über meinen Tod hinaus.

Sie haben das Recht Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Ich entbinde die für INTER 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.

## 4. Datenweitergabe an die Gesellschaften der INTER Versicherungsgruppe

**Ich willige ein, dass die INTER Allgemeine AG meine Gesundheitsdaten an die INTER Lebensversicherung AG sowie die INTER Krankenversicherung AG weitergibt, sofern dort Verträge bestehen und für die Bearbeitung notwendig sind.**

Unterschrift des Verletzten  
(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Ort

Datum

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

Ort

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ort

Datum

**Anlage B**

## **Wir müssen Sie auf folgendes hinweisen:**

### **Voraussetzung für eine Invaliditätsleistung ist:**

Die versicherte Person muss durch den Unfall auf Dauer in Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sein (Invalidität).

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb der jeweils vertraglich vereinbarten Frist (siehe nachfolgende Aufzählung) von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

<b>Versicherungsbedingungen</b>	<b>Frist in Monaten</b>
AUB 61	15 Monate
AUB 88	15 Monate
AUB 94	15 Monate
AUB 2000	18 Monate
AUB 2008	18 Monate
AUB 2008 (Apella BB-Unfall)	18 Monate
AUB 2008 (AWD - UMEL)	24 Monate
AUB 2008 (Basis)	15 Monate
AUB 2008 (Exklusiv)	18 Monate
AUB 2008 (Premium)	24 Monate
AUB 2010 (Policenwerk Basis)	18 Monate
AUB 2010 (Policenwerk Top)	24 Monate
AUB 2010 (Policenwerk Premium)	24 Monate
AUB 2013 (Policenwerk Basis)	18 Monate
AUB 2013 (Policenwerk Top)	24 Monate
AUB 2013 (Policenwerk Premium)	24 Monate
AUB 2021 (Policenwerk Vital)	18 Monate
AUB 2021 (Policenwerk Balance)	24 Monate
AUB 2021 (Policenwerk Comfort)	24 Monate
AUB ProSecura private risks & solutions	24 Monate
AUB 2022 (Basis)	15 Monate
AUB 2022 (Exklusiv)	18 Monate
AUB 2022 (Premium)	24 Monate

Bitte informieren Sie sich in Ihrem Versicherungsschein welche der oben angegebenen Bedingungen Ihrem Vertrag zugrunde liegen.  
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Anlage C