

# Unfall-Anzeige

Bitte senden Sie diese Unfallmeldung sowie die beigegefügte Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

**Cooper Gay S.A.**  
**Solmsstraße 83**  
**60486 Frankfurt am Main**  
**claims.frankfurt@coopergay.eu**  
**T. +49 (0)69 977 88 99 100**

## **1 – Erforderliche Angaben zu dieser Schadenanzeige**

- Bitte in Blockschrift ausfüllen.
- Bitte lesen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig und ergänzen Sie diese um alle erforderlichen Angaben
- Bitte bewahren Sie eine Kopie sämtlicher Dokumente für Ihre Unterlagen auf
- Dokumente in fremder Sprache sind auf Ihre Kosten in die deutsche oder englische Sprache zu übersetzen
- Die Schadenanzeige und ergänzende Unterlagen können Sie per Briefpost oder mittels email übersenden
- Bitte reichen Sie die Originalquittungen, Berichte oder weiteren Unterlagen ein, die auf dem Postweg einzureichen sind, um den Anspruch zu begründen
- Die Schadenanzeige ist bitte ausgefüllt und unterschrieben mit den entsprechenden Unterlagen an [claims.frankfurt@coopergay.eu](mailto:claims.frankfurt@coopergay.eu) oder nachstehende Anschrift zu senden:

**Cooper Gay S.A.**  
**Solmsstraße 83**  
**60486 Frankfurt am Main**

**2 – Angaben zur versicherten Person**

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Anschrift: \_\_\_\_\_

4. Kontaktdaten (Tel./E-Mail): \_\_\_\_\_

5. Beruf: \_\_\_\_\_

6. Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

7. Haben Sie bereits zu einem der versicherten Ereignisse Ansprüche geltend gemacht?

Ja  Nein

Falls ja, geben Sie bitte die entsprechenden Angaben hierzu nachstehend auf:

Schadentag	Versicherer	Schaden-Nr.	Beschreibung des Schadens	Leistung

8. Besteht für den angezeigten Schaden anderweitiger Versicherungsschutz (z.B. gesetzliche/private Kranken-, private Unfall-, Hausratversicherung, Kreditkarte etc.)?

Ja  Nein

Falls ja, geben Sie bitte die entsprechenden Angaben hierzu nachstehend auf:

Versicherer	Versicherungsart (Unfall, Kranken, Gepäck)	Policen-Nr.	Schaden-Nr.	Kontaktdaten

### **3 – Angaben zum Schaden**

1. Schadentag/Uhrzeit: \_\_\_\_\_
2. Ort / Land : \_\_\_\_\_
3. Wurde die Notfall-Zentrale eingeschaltet?  Nein  Ja - Wann? \_\_\_\_\_
4. Schadensschilderung (Bitte beschreiben Sie ausführlich, was und wo passiert ist. Falls erforderlich verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Geschätzte Schadensumme: \_\_\_\_\_
6. Zeugen des Schadenereignisses (Bitte geben Sie Namen und Anschriften an):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Erfolgte eine polizeiliche Aufnahme?  Nein  Ja,  
Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_  
Aktenzeichen: \_\_\_\_\_
8. War die versicherte Person Lenker oder Insasse/Sozius eines Fahrzeuges?  
 Nein  Ja, Insasse/Sozius  Ja, Lenker \_\_\_\_\_ (Bitte fügen Sie eine Kopie des Führerscheines bei)  
 PKW  LKW  Motorrad  Luftfahrzeug  Boot/Schiff  Andere  
Kennzeichen: \_\_\_\_\_
9. Hat die versicherte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Schaden Alkohol / Drogen / Arzneimittel konsumiert?  
 Nein  Ja, (welche Art, Menge und in welchem Zeitraum) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Wurde eine Blutprobe entnommen?  Nein  Ja, Ergebnis \_\_\_\_\_

#### **4 – Unfall-Versicherung**

1. Welche Folgen hat der Unfall gehabt (Art und Umfang der Verletzungen)?

---

---

---

2. Beginn der ärztlichen Behandlung/Versorgung am: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses:

---

Name/Anschrift des letztbehandelnden Arztes/Krankenhauses:

---

Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung bis \_\_\_\_\_

Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten?  Nein  Ja

3. Befand sich die versicherte Person in vollstationärer Behandlung?

Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Bitte reichen Sie den Krankenhausbericht ein.)

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

4. Zu welchem Grad bestand / besteht voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit?

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

5. Litt die versicherte Person vor dem Unfallereignis an Krankheiten oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z.B. Epilepsie, Parkinson, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel- oder Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden) oder bestand vor dem Unfall eine Pflegebedürftigkeit (ggf. mit welcher Pflegestufe)?

Nein  Ja , (welche?) \_\_\_\_\_

6. Bei welchem Arzt wurde die erwähnte Erkrankung / Beeinträchtigung jeweils behandelt?

Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

7. Bezieht die versicherte Person eine Rente?

Nein  Ja , seit: \_\_\_\_\_ Name und Anschrift des Rententrägers:

---

---

8. Hat die versicherte Person zuvor schon einen Unfall/Unfälle gehabt, der/die zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?  
 Nein  Ja , (wann?) \_\_\_\_\_  
Art der Verletzung: \_\_\_\_\_
9. Hat die versicherte Person hierzu Invaliditäts- und/oder unfallbedingte Leistungen erhalten?  
 Nein  Ja , Art der Leistung: \_\_\_\_\_ Höhe der Leistung: \_\_\_\_\_  
Gesellschaft \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_
10. Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen (z.B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine etc.)? (Ggf. Zusatzblatt verwenden.)  
 Nein  Ja, bei (Gesellschaft:) \_\_\_\_\_  
Vertragsnr.: \_\_\_\_\_ Schadenr.: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_
11. Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?  
 Nein  Ja; Welcher? \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_
12. Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?  
Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**Leistungen sollen überwiesen werden an**

---

---

Bankinstitut

Kontoinhaber

---

IBAN / Konto-Nr.

BIC / Bankleitzahl

---

Anschrift des Kontoinhabers

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten / Anspruchsberechtigten Person

**Schlusserklärung und Unterschrift**

Ich versichere alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Über die Konsequenzen einer grob fahrlässigen, vorsätzlich falschen oder gar arglistigen Beantwortung der Fragen unterrichtet die beigefügte gesonderte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall, die ich zur Kenntnis genommen habe. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich auch dann für den Inhalt dieser Unfallanzeige verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten / Anspruchsberechtigten Person

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

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung beruht auf der mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmten Mustereinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel für die Lebens- und Krankenversicherung.)

Kreuzen Sie im Folgenden bitte die von Ihnen gewünschte Verfügung () an und entnehmen Sie die entsprechend relevanten Informationen den zugehörigen grauen Passagen.

### **1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

#### **1.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall kann es erforderlich sein, dass Cooper Gay S.A. als bevollmächtigte Zeichnungsstelle, im folgenden CG genannt, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. CG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere gesetzlich geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen und können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten, die Sie jederzeit widerrufen können:

#### **Möglichkeit I:**

Ich willige – jederzeit widerruflich- ein, dass CG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonal 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 CG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus –jederzeit widerruflich- damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch CG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insofern die für CG 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 CG 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 CG einwillige, die genannten Personen.
- oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an CG 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 Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Ergeben sich nach Vertragsabschluss für CG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss.

## 1.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Auch dafür benötigen wir eine Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

**Erklärung für den Fall meines Todes:**

Für den Fall meines Todes willige ich – jederzeit widerruflich - in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung ein wie in der ersten Ankreuzmöglichkeit beschrieben (siehe oben 1.1 – Möglichkeit I).

## 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer gesetzlich geschützter personenbezogener Daten an Stellen außerhalb von CG

CG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 2.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. CG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere gesetzlich geschützte personenbezogene Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

- Ich willige - jederzeit widerruflich - ein, dass CG 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 CG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere gesetzlich geschützte personenbezogene Daten entbinde ich die für CG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.



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

CG führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Vermittlung von Assistance-Leistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre gesetzlich geschützten personenbezogenen Daten weitergegeben, benötigt CG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

CG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für CG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt CG Ihre Einwilligung.

Ich willige - jederzeit widerruflich - ein, dass CG 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 CG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter von CG und von sonstigen Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer gesetzlich geschützter personenbezogener Daten von ihrer Schweigepflicht.

## 2.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann CG 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 den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass CG Ihren 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 CG 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 CG 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 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 Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige – jederzeit widerruflich - ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für CG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren gesetzlich geschützten personenbezogenen Daten von ihrer Schweigepflicht.

## 2.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann CG an das HIS melden. CG 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 die Weitergabe Ihrer gesetzlich geschützten personenbezogenen Daten benötigt CG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde – jederzeit widerruflich - die für CG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (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.

### **Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und zur Vermittlerbetreuung oder Betreuung durch den Agenten im Leistungsfall (falls gewünscht)**

Bitte unterzeichnen Sie die folgende Einverständniserklärung nur, sofern Ihr Versicherungsvertrag von einem Versicherungsvermittler oder -agenten vermittelt wurde und Sie im oben beschriebenen Leistungsfall von diesem betreut werden möchten.

Ich willige – jederzeit widerruflich - ein, dass meine Gesundheitsdaten an den zum Zeitpunkt der Geltendmachung eines Leistungsanspruches im Versicherungsvertrag genannten Versicherungsvermittler/-agenten übermittelt und dort zur Prüfung meiner Ansprüche verarbeitet und genutzt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für CG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren gesetzlich geschützten personenbezogenen Daten von ihrer Schweigepflicht.

---

Ort, Datum

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

---

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der versicherten Person

**Übersicht über die Kategorien und die wichtigsten von CG beauftragten Dienstleister gemäß Ziffer 1.2 bzw. 2.2 der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Kategorie	Firmenbezeichnung	Tätigkeit
<b>Allgemeine Dienstleistungen</b>	Entsorger	Datenschutzgerechtes Entsorgen von Datenträgern und Papierunterlagen
	Druckereien und Druckkonfektionierung	Drucken und Zusammenstellen von Versicherungsunterlagen
	IT-Provider	Erstellung und Instandhaltung von IT-Systemen, Applikationsentwicklung, Internet-Verwaltung
	Rückversicherer	Rückversicherung bestimmter Risiken oder Summen
	Anwaltskanzleien	Vertretung unserer Interessen, z.B. im Schadenfall
<b>Versicherungsspezifische Dienstleistungen</b>	Sedgwick Germany GmbH	Leistungsfallbearbeitung im Bereich Auslands-/ Reiseversicherungen
	MOS medical helpline GmbH, Murnau	Med. Assistance-Dienstleistungen
	MD Medicus, Ludwigshafen	Med. Assistance-Dienstleistungen
	GMMI Global Medical Management, Florida, USA	Leistungsfallbearbeitung im Bereich Auslands-/ Reiseversicherungen

Ihre Gesundheitsdaten und weitere gesetzlich geschützte personenbezogene Daten werden in den IT-Systemen von CG abgelegt. Ihre Gesundheitsdaten sind nur einem eingeschränkten Personenkreis innerhalb von CG in Vollmacht des Versicherers (gem. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Allgemeinen Vertragsinformationen) zugänglich. Ihre sonstigen Daten (z.B. Versicherungsbeginn, Ihre Anschrift) können auch von weiteren CG Mitarbeitern, z.B. zum Zwecke der Vertragsbearbeitung, eingesehen werden.

Theoretisch ist es möglich, dass Ihre Daten gleichfalls von Mitarbeitern des/der Versicherer(s) eingesehen werden. Weitergehende Informationen hierzu sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Allgemeinen Vertragsinformationen zu finden.

Diese Liste beinhaltet nicht Ihren Versicherungsvermittler oder von diesem Beauftragte. Wenden Sie sich bei Fragen zur Weitergabe der von Ihrem Versicherungsvermittler erhobenen Daten bitte an diesen. Gesundheitsdaten, die im Leistungsfall (nach Ihrer Zustimmung) von uns erhoben werden, geben wir nur dann an Ihren Versicherungsvermittler weiter, wenn Sie dem ausdrücklich (im Leistungsfall) zugestimmt haben.

**Gesonderte Mitteilung über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall  
(siehe § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen:** Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverlaufserklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit:** Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese 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, zur 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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage 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 Vorlage von Belegen verpflichtet.