

Bitte senden Sie diese Schadenanzeige an:

AXA Versicherung AG

51171 Köln

oder reichen Sie uns die Schadenunterlagen per Mail an [schaden@dbv.de](mailto:schaden@dbv.de) ein.

**Angaben zum Vertrag/  
Kontaktdaten**

Versicherungsnummer

Name Versicherungsnehmer

Anschrift

Telefonnummer

**Angaben zur versicherten Person**

Name, Vorname der versicherten Person

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Beruf zum Schadenzeitpunkt

ausgeübt seit

**Angaben zum Schadenhergang**

Bitte informieren Sie uns zur schnellstmöglichen Leistungsprüfung möglichst detailliert und ausführlich über die näheren Umstände sowie Ursache und Hergang des Unfalls.

Schadendatum

Uhrzeit

Unfallort

Bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?

bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten

auf dem Weg dorthin oder von dort

zu Hause

bei

Wie hat sich der Unfall ereignet?

Hat die versicherte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?

ja  nein

Wann genau?

Art und Menge der konsumierten Getränke

festgestellter BAK-Wert der Blutprobe

Zuständige Polizeidienststelle bzw. Staatsanwaltschaft/Aktenzeichen/Telefonnummer

Bei Fahrzeugunfällen: Fahrzeugart/Kennzeichen/Name Fahrzeuglenker/Führscheinklasse, -datum



**Angaben zu den unfallbedingten Verletzungsfolgen**

Bitte informieren Sie uns möglichst konkret über die unfallbedingten Gesundheitsschädigungen – reichen Sie uns dazu Kopien sämtlicher ärztlicher Befund- und Entlassungsberichte ein.

Verletzte Körperteile	Art der Unfallverletzung/Diagnose
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Angaben zur ärztlichen Behandlung der Unfallfolgen**

Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden die Unfallfolgen behandelt?

Arzt/Krankenhaus	Fachgebiet	Anschrift	Behandlungszeitraum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
am

War eine stationäre Behandlung erforderlich?  ja \_\_\_\_\_  nein \_\_\_\_\_

Wurde eine ambulante Operation durchgeführt?  ja \_\_\_\_\_  nein \_\_\_\_\_

Reichen Sie zu sämtlichen Behandlungsmaßnahmen Kopien der ärztlichen Befund- und Entlassungsberichte ein.

**Angaben zu Vorerkrankungen**

Als Unfallversicherung befassen wir uns nur mit Unfallfolgen. Bitte informieren Sie uns zur Abgrenzung unfallfremder Gesundheitsschädigungen über bestehende Vorerkrankungen, Gebrechen, Behinderungen oder frühere Unfallfolgen:

Bestanden zum Schadenzeitpunkt Krankheiten, Gebrechen, Behinderungen oder frühere Unfallfolgen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Ärzte/Krankenhäuser hat die versicherte Person in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall zur Behandlung von Vorerkrankungen, Gebrechen, Behinderungen oder früheren Unfallfolgen zu Rate gezogen?

Arzt/Krankenhaus	Behandlungsursache	Behandlungszeitraum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bestand zum Schadenzeitpunkt eine Pflegebedürftigkeit, ein Grad der Behinderung (GdB)?  ja Pflegegrad \_\_\_\_\_ MdE \_\_\_\_\_ % GdB \_\_\_\_\_ % seit \_\_\_\_\_  nein \_\_\_\_\_

**Angaben zu weiteren Unfallversicherungen**

Bei Bestehen mehrerer Unfallversicherungen übernimmt in der Regel eine Gesellschaft die federführende Bearbeitung von weiteren Invaliditätsansprüchen, um z. B. unnötige doppelte Begutachtungen zu vermeiden.

Versicherer	Anschrift	Versicherungsnummer	Schadennummer
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Angaben zur versicherten Person**

Auf welches Konto soll eine Leistung überwiesen werden?

Geldinstitut	Kontoinhaber
_____	_____
IBAN	_____
_____	

Beachten Sie bitte, dass wir bei Auszahlungen, die nicht an den Versicherungsnehmer erfolgen sollen, grundsätzlich verpflichtet sind, das Finanzamt zu informieren.



**Einwilligung zur Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung für die DBV Deutsche Beamtenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Versicherung AG**

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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 Strafgesetzbuch geschützten 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 durch Ankreuzen (nicht beides auswählen):**

**Möglichkeit I:**

(Bitte ankreuzen, wenn Sie diese Variante wünschen)

Ich willige ein, dass die DBV Deutsche Beamtenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Versicherung AG, nachfolgend DBV Vers. ZN der AXA Vers. genannt – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten und weitere nach

§ 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt, verarbeitet 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 DBV Vers. ZN der AXA Vers. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und weitere nach

§ 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten durch die DBV Vers. ZN der AXA Vers. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die DBV Vers. ZN der AXA Vers. 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:**

(Bitte ankreuzen, wenn Sie diese Variante wünschen)

Ich wünsche, dass mich die DBV Vers. ZN der AXA Vers. informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten durch die DBV Vers. ZN der AXA Vers. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten an die DBV Vers. ZN der AXA Vers. einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Hinweis: Sie können Auskunft über die beim Unternehmen über Ihre Person gespeicherten Daten verlangen. Eine Auskunft kann nur unterbleiben, wenn sie die Geschäftszwecke des Unternehmens erheblich gefährden würde.

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 DBV Vers. ZN der AXA Vers. 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. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und Übertragung von Aufgaben auf andere Unternehmen/Personen**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Wenn erforderlich, übertragen wir die Leistungsfallbearbeitung an eine andere Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Eine Liste derer kann im Internet unter [www.axa.de/datenschutz](http://www.axa.de/datenschutz) eingesehen werden. Für die Weitergabe, die Verwendung und die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der Liste genannten Gesellschaften und Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass die DBV Vers. ZN der AXA Vers. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, andere Gesellschaften der AXA-Gruppe oder weitere in der Liste genannten Stellen übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die DBV Vers. ZN der AXA Vers. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die DBV Vers. ZN der AXA Vers. und für die in der Liste aufgeführten Gesellschaften und Stellen tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

**3. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und 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 Versicherungsbruch hindeuten könnten, können wir an das HIS melden. Wir 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 benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die DBV Vers. ZN der AXA Vers. 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.

**4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Wir haben Sie im Antragsformular auch darauf hingewiesen, dass es dazu kommen kann, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützten Informationen über Ihren Vertrag darstellen, dem Sie betreuenden Versicherungsvermittler – soweit erforderlich – zur Kenntnis gegeben werden können. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, wird auch im Rahmen der Leistungsfallbearbeitung über den Bearbeitungsstand informiert. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass die DBV Vers. ZN der AXA Vers. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten im Rahmen der Leistungsfallprüfung – soweit erforderlich – dem für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler zur Kenntnis übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Unterschrift versicherte Person (frühestens ab Alter 16), sonst gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_

**DBV Deutsche Beamtenversicherung  
Zweigniederlassung der AXA Versicherung AG**

Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden  
Postanschrift: Postfach 92 03 01, 51153 Köln  
Internet: [www.DBV.de](http://www.DBV.de)  
Sitz der Gesellschaft: Köln  
Handelsregister HR B Nr. 21298  
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuer-Nr.: 810/V90810002421  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;  
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender; Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Nils Reich, Dr. Marc Daniel Zimmermann.

