# $Unfallanzeige\ \mathsf{für}\ \mathsf{die}\ \mathsf{private}\ \mathsf{Unfall}\mathsf{versicherung}$

☐ erstmalige ☐ zur telefonischen ☐ Meldung Meldung vom ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	HRAG )
Versicherungs-	
Schaden- nummer	
Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:	Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheits-
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG ARAG Platz 1 40472 Düsseldorf	gemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.
	Unterschrift des Versicherungsnehmers
1. Kunde/-in (Versicherungsnehmer/-in)	
Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ   Wohnort	Straße
Telefon tagsüber	
derzeitige berufliche Tätigkeit	
Panlayorhindung	
Bankverbindung  Kontoinhaber	
Konto-Nr.   BLZ	
BIC IBAN	
2. Verletzte Person (falls nicht mit Versicherungsnehmer ident	sisch)
Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ     Wohnort	Straße
Telefon tagsüber	E-Mail
derzeitige berufliche Tätigkeit	
3. Unfalltag und Unfallort	
Datum Uhrzeit oder zwischen	eit Uhrzeit und LLLL
Unfallort ☐ wie 1 oder  PLZ   Ort	Straße/Etage

ASS 201 6.2014 1/4

Schadennummer L				
	nen zum Unfallgeschehen			
4.1 Ausführliche Sch	ilderung (evtl. gesondertes Blatt verwenden	n)		
4.2 Es handelt sich u	ım einen	☐ Berufsunf	fall	☐ Freizeitunfall
	oder Insasse/Sozius eines Kfz?	nein	☐ja	- Treizeitamat
Falls ja: Wer war Fah Falls nein, wer ist ge	rer? Die verletzte Person (siehe auch 2.)?	nein	□ja	
Name, Vorname				
PLZ	Wohnort			Straße
gültigen Fahrerlaubı	Unfallzeitpunkt im Besitz einer nis?	□ja	☐ nei	n
ausgehändigt am	Datum			Listen-Nr.:
4.4 Wurde der Unfal	l polizeilich aufgenommen?	nein	☐ ja,	
Name der Polizeidie	enststelle			Telefonnummer Polizei
PLZ	Ort			   Straße
Name Sachbearbeit	ter hei der Polizei			  Aktenzeichen
Traine Such Scal Scal				
4.5 Zeugen (bitte Na   Name, Vorname	men, Anschrift und ggf. Telefonnummer ang	geben. Insasser	n des eige	enen Fahrzeugs mit einem X kennzeichnen):
rvame, vomame				
PLZ	Wohnort			Straße
Telefon tagsüber				E-Mail
Name, Vorname				
PLZ	Wohnort			Straße
Telefon tagsüber				E-Mail
4 6 Hat die verletzte	Person in den letzten 24 Std. vor dem Unfal	II		
	r Medikamente zu sich genommen?	nein	☐ ja, ı	und zwar was/wieviel?
		in welchem 2 vor		?   bis
4.7 Wurde nach dem	Unfall eine Blutprobe entnommen?	nein	☐ ja, E	ergebnis %°

ASS 201 6.2014 2/4

Schadennummer								
5. Verletzun	gsfolgen							
5.1 Welche(r) Körp	erteil(e) wurde(n) verlet	zt?						
5.2 Welche Verlet	zungen sind eingetreten	?						
Name, Vorname	wurde zuerst aufgesucht	?						
PLZ	Ort				Straße			
Wann?	Datum	Uhrz	eit					
5.4 Vollstationäre	Krankenhausbehandlun	g? ∐ nein	☐ ja, und zwa	r von Dat	tum   .   .	bis	Datum	
Name und Anschr	rift des Krankenhaus							
Name								
PLZ	Ort				Straße			
	gt (siehe Seite 5 – 7 der l			□ ja				
5.5 Welcher niede   Name, Vorname	rgelassene Arzt (Hausar:	t/Facharzt) ha	t die verletzte Pe	erson nach d	em Unfall ambul	ant behandelt b	ozw. behandelt sie j	jetzt noch?
PLZ	Wohnort				Straße			
Telefon tagsüber								
Name, Vorname								
PLZ	Wohnort				Straße			
Telefon tagsüber								
5.6 Ist die verletzt des Unfalls arb	e Person aufgrund	☐ nein	☐ ja, und zwa	r von Dat	tum	bis	Datum	
_	e Heilung zu erwarten?		□ ja	ungewis	S			
	eitszustand vor o	lem Untal	<b>ll</b> □ ja, und zwa					
6.1 Verletzungen		□ nein	□ ja, unu zwa	ſ		seit wann?		
						seit wann?		
						seit wann?	. 1 1	
6.2 Vorerkrankun	gen	nein	☐ ja, und zwa	r				
						seit wann?	. 1 1	
						seit wann?		
						seit wann?		
						seit wann?		

ASS 201 6.2014 3/4

Schadennummer L								
6.3 Gebrechen/chro	nische Erkrankunger	1	☐ nein	1	☐ ja, u	ınd zwar		
							seit wann?	
							seit wann?	
	e Person vor Eintritt d htigungen in ärztlich		☐ nein	1	☐ ja, u	ınd zwar		
Name, Vorname					, -, -			
PLZ	Ort					Straße		
Telefon tagsüber								
6.5 Welcher Arzt kar   Name, Vorname	nn ansonsten über de	n Gesundheitszustand	d der verlet	tzten Pe	erson vo	or Eintritt des U	Infalles Ausku	ınft geben?
Name, vomame								
PLZ	Ort					Straße		
  Telefon tagsüber								
Teteron tagsuber						L-IVIAII	L	
	Person bereits vor d							Datum
eine Verletzten-	chädigung (Kapitallei bzw. Erwerbsunfähig	stung oder Rente) oder keitsrente erhalten?	nein	1	☐ ja, v	on		
Gesellschaft						Versicherungs	snummer	
PLZ	Ort					Straße		
7. Andere Ver	sicherer							
		anderen Gesellschaft g						
Gesellschaft	sassenunfall, Arbeitg	eber, Kreditkarte)?	□ nein	1	□ ja, b	ei  Versicherungs	snummer	
Schadennummer		Telefonnummer				Ansprechpart	ner	
PLZ	Ort					Straße		
7.2 Ist die verletzte FIGesellschaft	Person krankenversich	nert?	☐ nein	1	□ ja, b	ei  Versicherungs	snummer	
Gesellsellare						versiener unge		
7.3 Wurde der Unfall	l dem Krankenversich	erer bereits gemeldet?	nein	1	 ightarrow  ja, b	ei		
Bei welcher Berufsg	enossenschaft ist die	verletzte Person versio	hert (ggfs.	. Arbeit	geber fr	agen)?		
Gesellschaft						Versicherungs	snummer	
8. Wichtige H	linweise und E	mpfangsbestät	tigung g	gem.	§ 28	Abs. 4 VV	G	
		gemäß und nach best				von Obliggen	aoitan nach d	em Versicherungsfall habe
ich erhalten.						i von Obtiegeni	ieiteii iiacii u	em versicherungsfatt habe
8.4 Dieser Unfallan	zeige fügen wir in de		willigung	s- und S	Schweig			ung für die Unfallversiche-
Entscheiden Sie	sich für eine genere	lle Schweigepflichten	tbindung,	werder	n wir die	e von Ihnen un	ter Punkt 5.3.	Bearbeitung nicht möglich. , 5.4. und 5.5. in dieser Unfal-
		ur Leistungsprufung r er Unfallanzeige bitte						um Auskunft bitten. Teilen
Ort, Datum				Unters	chrift d	les Kunden/der	Kundin	
				Unters	chrift d	Ier verletzten P	erson oder de	s gesetzlichen Vertreters

 $ARAG\,Allgemeine\,Versicherungs-AG\cdot ARAG\,Platz\,1\cdot 40472\,D\"{u}sseldorf\cdot Telefon:\,0211\,9890-1405\cdot Telefax:\,0211\,963-4118$ 

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender, Vorstand: Wolfgang Mathmann, Christian Vogée Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 104 18, Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

ASS 201 6.2014 4/4

Versicherungs- nummer												
	ı											

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir möchten Ihnen zügig helfen.

Dabei können Sie uns unterstützen, wenn Sie uns die beigefügte ärztliche Bescheinigung so schnell wie möglich vorlegen. Falls Sie uns diese Bescheinigung gesondert zusenden wollen, vermerken Sie das bitte in der Unfallanzeige (Ziffer 5.4).

Wir haben diese Bescheinigung in Abschnitte unterteilt. Es müssen alle Abschnitte durch Ihren behandelnden Arzt ausgefüllt werden. Eventuell anfallende Kosten/Gebühren übernehmen wir selbstverständlich. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Für die Genesung wünschen wir alles Gute.

Mit freundlichen Grüßen Ihre ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

# Bescheinigung zur Vorlage bei der privaten Unfallversicherung (vollständig vom Arzt oder Krankenhaus auszufüllen)

Schaden- nummer																	
Bitte sorgfältig	ausfü	llen	uno	d zui	rück	sen	den	an:									
ARAG Allg	eme	ein	e V	/er	sicl	he	rur	ngs	s-A	G							
ARAG Plat	z 1																
40472 Düs	selo	dor	·f														

Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ   Wohnort	Straße
[elefon tagsüber	
Jnfalltag Datum	
Infallhergang (stichwortartige Beschreibung)	
2. Krankenhausaufenthalt	
1 Was thu(a) Detication unfalls adjust in Manufacture?	□ asia □ ia
.1 War Ihr(e) Patient(in) unfallbedingt im Krankenhaus? iinlieferung per Notarzt	☐ nein ☐ ja ☐ ja ☐ nein ☐ ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)
inlieferung per Notarzt	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)
iinlieferung per Notarzt Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung?	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)  vom
iinlieferung per Notarzt Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung?	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)  vom
iinlieferung per Notarzt Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen)	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)  vom  vom  bis  vom  bis auf weiteres
iinlieferung per Notarzt Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung?	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)  vom
inlieferung per Notarzt Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen) 2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)  vom  vom  vom  bis  vom  nein ja
inlieferung per Notarzt Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen) 2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)  vom  vom  vom  bis  vom  nein ja
inlieferung per Notarzt Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen) 2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)  vom  vom  bis  vom  bis auf weiteres  nein  ja  vom  bis
Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen)  .2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?  .3 Hat sich Ihr(e) Patient(in) einer ambulanten	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)  vom  vom  bis  vom  bis auf weiteres  nein  ja  vom  bis
Einlieferung per Notarzt  Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen)  .2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)    vom
Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen)  .2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?  .3 Hat sich Ihr(e) Patient(in) einer ambulanten	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)    vom
Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen)  .2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?  .3 Hat sich Ihr(e) Patient(in) einer ambulanten	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)    vom
Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen)  .2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?  .3 Hat sich Ihr(e) Patient(in) einer ambulanten	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)    vom
Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen)  .2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?  .3 Hat sich Ihr(e) Patient(in) einer ambulanten	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)    vom
Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung? Bitte Kopie Entlassungsbrief beifügen)  .2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?  .3 Hat sich Ihr(e) Patient(in) einer ambulanten	nein ja (falls ja, bitte Kopie Notarztprotokoll beifügen)    vom

chadennummer				
3. Verletzungsbild				
3.1 Behandlungsbeginn bei Ihnen?	Datum		Uhrzeit	
3.2 Angaben des Verletzten über Schmerzen, Funktionsstörungen?				
3.3 Welchen Befund haben Sie erhoben? Wie lautet Ihre <u>Diagnose</u> ?				
i.4 Wurden Röntgenaufnahmen oder sonstige Bilddiagnostik gefertigt?	nein	□ ja		
3.5 Wird eines der vom Unfall betroffenen Sinnesorgane/Gliedmaßen voraussichtlich dauernd in der Gebrauchsfähigkeit beeinträchtigt bleiber Wenn ja, welches?	n? 🗌 nein	□ ja	ungewiss	
,-,-,-				
8.6 Ist damit zu rechnen, dass sonstige mit einer Invalidität einhergehende Unfall- bzw. Verletzungsfolgen zurückbleiben werden? Wenn ja, welche?	□ nein	□ja	ungewiss	
.7 Sind die von Ihnen diagnostizierten Verletzungen ausschließlich auf den Unfall zurückzuführen? Venn nein, welche unfallfremden oder degenerativen Faktoren haben mitge	□ nein	□ ja		
8.8 Stand der Verletzte zum Unfallzeitpunkt unter Alkohol-,				
Medikamenten- oder Drogeneinfluss?	☐ nein	□ nein, ni	cht bekannt	☐ ja, und zwar
3.9 Wurde eine Blutprobe entnommen?	☐ nein	nein, ni	cht bekannt	☐ ja, Ergebnis
8.10 Anschrift des Arztes				
Name, Vorname				
PLZ   Ort	Stra	aße		
Str	empel und Unter	rschrift des Ar	ztes	
Ort, Datum				
RAG Allgemeine Versicherungs-AG · ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf · Tel	lefon: 0211 9890	)-1405 · Telefa	x· 0211 963-4118	

# Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall (Version 2.0)

Schadennummer:											
Sehr geehrte Kundii sehr geehrter Kunde											

## Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

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, 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

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, 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.

#### Hinweis

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

		ı			ı	ı						
Schadennummer												

## Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung sind an Fristen und Anspruchsvoraussetzungen gebunden. In der untenstehenden Aufstellung liefern wir Ihnen einen Überblick über diese Fristen.

Bitte schauen Sie in der Spalte des Bedingungswerkes nach, das Ihrem Vertrag zugrunde liegt. Welches Bedingungswerk dies ist, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

#### Merkblatt für wichtige Fristen in der Unfallversicherung

	AUB 61	AUB 88	AUB 99	AUB 2003	AUB 2007	AUB 2012	AURB 98	Kids & klar
Leistungsart								
Invaliditäts- leistung	Eintritt der Invalidität innerhalb eines Jahres nach Unfall, ärztliche Feststellung und Geltendmachung innerhalb weiterer 3 Monate, § 8 II (1).	Eintritt der Invalidität innerhalb eines Jahres nach Unfall, ärztliche Feststellung und Geltendmachung innerhalb weiterer 3 Monate, § 71 (t). Neubemessung bis zu 3 Jahre nach Unfall möglich; bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr bis 5 Jahre nach Unfall, jedoch nicht über das 18. Lebensjahr hinaus, § 11 IV u. Ziffer I KiUV Bes.Bed.	Eintritt der Invalidität innerhalb eines Jahres, ärztliche Feststellung und Geltendmachung innerhalb weiterer 12 Monate, § 111 (1). Neubemessung bis zu 3 Jahre nach Unfall möglich; bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr bis 5 Jahre nach Unfall, jedoch nicht über das 18. Lebensjahr hinaus, § 16 IV.	Eintritt der Invalidität innerhalb eines Jahres, ärztliche Feststellung und Geltendmachung innerhalb weiterer 12 Monate, § 21 (1). Neubemessung bis zu 3 Jahre nach Unfall möglich; bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr bis 5 Jahre nach Unfall, jedoch nicht über das 18. Lebensjahr hinaus, § 10 IV.	Eintritt der Invalidität innerhalb von 12 Monaten nach Unfall, ärztliche Feststellung innerhalb weiterer 3 Monaten, Geltendmachung innerhalb 24 Monaten nach Unfall, Ziffer 2.1.11. Neubemessung bis zu 3 Jahre nach Unfall möglich; bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr bis 5 Jahre nach Unfall; Geltendmachung bis Ablauf der genannten Fristen, Ziffer 9.4.	Eintritt der Invalidität innerhalb von 12 (Basis), 18 (Komfort) bzw. 24 (Premium) Monaten nach Unfall, ärztliche Feststellung innerhalb 24 (Basis u. Komfort), 36 (Premium) Monaten nach Unfall, Geltendmachung innerhalb 24 (Basis u. Komfort), 36 (Premium) Monaten nach Unfall. Neubemessung bis zu 3 Jahre nach Unfall möglich; bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr bis 5 Jahre nach Unfall; Geltendmachung bis Ablauf der genannten Fristen, Ziffer 8.5 Feil A.		Eintritt der Invalidität innerhalb von 12 Monaten nach Unfall, ärztliche Feststellung innerhalb weiterer 3 Monaten, Geltendmachung innerhalb 24 Monaten nach Unfall, Ziffer 2.1.1.1. Neubemessung bis zu 3 Jahre nach Unfall möglich; bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr bis 5 Jahre nach Unfall; Geltendmachung bis Ablauf der genannten Fristen, Ziffer 9.4.
Übergangs- leistung	Geltendmachung unverzüglich nach 6 Monaten nach Unfall, § 8 VII (2), ab Vertrag seit 01/1978.	Geltendmachung 7 Monate nach Unfall, § 9 VI.		Geltendmachung 7 Monate nach Unfall, § 8 VII.	Geltendmachung 7 Monate nach Unfall, Ziffer 2.2.1.	Geltendmachung 7 Monate nach Unfall, Ziffer 2.2.1Teil A.		
Verbesserte/ Erweiterte Übergangs- leistung	Geltendmachung unverzüglich nach 3 Monaten nach Unfall, § 8 VII (2), ab Vertrag seit 01/1986.	Geltendmachung 4 Monate nach Unfall, Ziffer VI Bes.Bed. zu erweiterter Übergangs- leistung.			Geltendmachung 4 Monate nach Unfall, Ziffer 2.2.1 Bes.Bed. Comfort.	Geltendmachung 4 Monate nach Unfall, Ziffer 1 Bes.Bed. für Frakturengeld etc. (Teil E).		
Soforthilfe bei			Geltendmachung 1 Monat nach Unfall,	Geltendmachung 1 Monat nach Unfall,				
Frakturen Unfallrente			§ 14 VI.	§ 8 VI. Eintritt der Invalidität	Eintritt der Invalidität	wie bei Invaliditätsleis-	Eintritt der Invalidität	
				innerhalb eines Jahres, ärztliche Feststellung und Geltendmachung innerhalb weiterer 12 Monate, 5 2 II (1). Neu- bemessung vgl. unter Invaliditätsleistung.	innerhalb von 12 Monaten nach Unfall, ärztliche Feststellung innerhalb weiterer 3 Monate, Geltendma- chung bis 24 Monate nach Unfall, Ziffern 1.1 u. 2.1 Bes. Bed. f. d. Unfall- Grund-u. Zusatzrente. Neubemessung vgl. unter Invaliditäts- leistung.	tung, vgl. Bes. Bed. für die Unfallrente und Unfallrente Plus (Teil J).	innerhalb I Jahr nach Unfall, ärztliche Feststellung und Gel- tendmachung innerhalb weiterer I2 Monate, § 9 I(I). Neubemessung bis zu 3 Jahre nach Unfall möglich; bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr bis 5 Jahre nach Unfall, jedoch nicht über das 18. Lebensjahr hinaus§ 9 I (2).	
Todesfall- Leistung	Unfalltod innerhalb von 48 Std. zu melden, § 15 II (2).	Unfalltod innerhalb von 48 Std. zu melden, § 9 VII.			Unfalltod innerhalb von 72 Std. zu melden, Ziffer 7.5.	Unfalltod innerhalb von 8 Wochen nach Kennt- nis zu melden, Bes. Bed. für die Todesfallleistung (Teil F).		Unfalltod innerhalb von 72 Std. zu melden, Ziffer 7.5.
Kosten für kosmetische OP/Zahn- behand- lungs- und Zahner- satzkosten (sofern vereinbart)	Durchführung bis 3 Jahre nach Unfall, Ziffer II 2 Bes. Bed., ab Vertrag seit 01/1986.	Durchführung bis 3 Jahre nach Unfall, Ziffer II 2 Bes.Bed.	Geltendmachung und Durchführung bis 5 Jahre nach Unfall, bei Minderjährigen Durchführung bis 23. Lebensjahr, § 11 VI (2).	Geltendmachung und Durchführung bis 5 Jahre nach Unfall, bei Minderjährigen Durchführung bis 23. Lebensjahr, § 2 VII (2).	Geltendmachung und Durchführung bis 5 Jahre nach Unfall, bei Minderjährigen Durchführung bis 23. Lebensjahr, Ziffer 2.4.2.2.3 Bes. Bed. Basis/ bis 25. Lebensjahr, Ziffer 2.7.2.2.3 Bes. Bed. Comfort	Geltendmachung und Durchführung bis 5 Jahre nach Unfall, bei Minderjährigen Durch- führung bis 23. Lebens- jahr, Basis u. Komfort. Ausnahme Premium: Durchführung bei Minderjährigen bis 25. Lebensjahr.	Geltendmachung und Durchführung bis 5 Jahre nach Unfall, bei Minderjährigen Durchführung bis 23. Lebensjahr, § 9 II (2).	Geltendmachung und Durchführung bis 5 Jahre nach Unfall, bei Minderjährigen Durchführung bis 23. Lebensjahr, Ziffer 2.4.2.2.3 Bes. Bed. Unfall-Schutz-Basis.
Rehabilitati- onsmanage- ment				Geltendmachung innerhalb eines Jahres nach Unfall, Bes.Bed. Reha-Management.	Geltendmachung inner- halb eines Jahres nach Unfall, Ziffer 2.5.1.3 Bes. Bed.Basis/Ziffer 2.8.1.3 Bes.Bed.Comfort.			Geltendmachung innerhalb eines Jahres nach Unfall, Ziffer 2.5.1.3 Bes. Bed. Unfall- Schutz-Basis.
Überbrü- ckungshilfe nach Schwerst- verletzung								Geltendmachung innerhalb eines Jahres nach Unfall, Ziffer 2.1 Bes. Bed. f. Schutzbrie- fleistung.

Abkürzungen AUB

AURB Bes. Bed.

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen Allgemeine Bedingungen für die Unfallrentenversicherung Besondere Bedingungen (finden sie im Anschluß an ihre Vertragsbedingungen)

Schadennummer
Unfalltag L.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I
Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und an andere Stellen
Versicherte Person Geburtsdatum
1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht
Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir, die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, 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 geschützte Informat onen weitergegeben werden müssen. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:
Möglichkeit I:
□ Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-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 selbst oder durch die Actineo GmbH 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) übermittelt werden.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG an die Actineo GmbH und (ggf. über die Actineo GmbH) an die vorgenannten Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-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.
oder
Möglichkeit II:
☐ Ich wünsche, dass mich die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- · in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-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.

Sofern Sie sich für die Möglichkeit II entscheiden, werden wir Ihnen vorab jeweils eine vorbereitete Einwilligungserklärung zusenden.

### 2. a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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 geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) 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 (ggf. über die Actineo GmbH) an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.arag.de/datenschutz eingesehen oder unter Telefon 0211 98 700 700, angefordert werden.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden.

#### 3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

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) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug 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 die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-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.

Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlich vertretene Person*
Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

<sup>\*</sup> bei vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres