

|                      |
|----------------------|
| Ihr Gesprächspartner |
| Schadennummer        |

**Versicherungsnehmer**

|  |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
| Vollständiger Name und Anschrift<br>Greenkeeper Verband Deutschland e.V. |                             | E-Mail-Adresse<br>info@greenkeeperverband.de  |
| Telefon (mit Vorwahl)<br>0611 - 901 87 25                                | Telefax<br>0611 - 901 87 26 | Versicherungsschein-Nummer<br>V-056-713-833-0 |

**Verletzte Person**

|                                  |                                      |                |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| Vollständiger Name und Anschrift | Geburtsdatum                         | jetziger Beruf |
| Versicherten-Nr. laut Vertrag    | Gruppenversicherten-Nr. laut Vertrag |                |

**Unfallschilderung**

|  |   |   |
|--|---|---|
| Unfalltag  | Uhrzeit                                 | Unfallort   |
| Unfallart<br><input type="checkbox"/> Wegeunfall (Weg von zu Hause zur Arbeitsstätte und zurück) <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Dienstreiseunfall |   |   |
| Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die -ursache ausführlich (ggf. gesondertes Blatt verwenden).   |   |   |
| Waren andere Personen bei dem Unfall dabei (Zeugen)?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |   | Vollständiger Name und Anschrift des/der Unfallzeugen                                     |
| Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Polizei-Dienststelle/Staatsanwaltschaft | Tagebuch-Nr./AZ der Staatsanwaltschaft  |
| Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor oder unmittelbar nach dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              | ggf. wann?                              | Blutprobe Ergebnis Promille:<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**Verkehrsunfall**

Die folgenden Punkte sind nur bei Verkehrsunfällen auszufüllen.

amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Fahrgestell-Nr.: \_\_\_\_\_

Vollständiger Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers: \_\_\_\_\_

Hatte der Fahrzeuglenker zum Unfallzeitpunkt einen gültigen Führerschein?  ja  nein

Führerschein-Klasse: \_\_\_\_\_ ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_ Listen-Nr.: \_\_\_\_\_

Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken?  ja  nein

Wurde eine Blutprobe entnommen?  ja  nein Ergebnis Promille: \_\_\_\_\_

Stand der Fahrzeuglenker unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?  ja  nein

Schadensnummer

### Ärztliche Behandlung, Vorerkrankungen

|  |   |  |
|--|---|--|
| Erster Behandlungstag/Uhrzeit  | Erstbehandelnder Arzt mit Anschrift (bzw. Name und Anschrift des Krankenhauses) |  |
| Weiterbehandelnder Arzt mit Anschrift  | Zeitraum der vollstationären Behandlung von - bis                               |  |
| Art und Umfang der Verletzungen  | Wieder arbeitsfähig seit /ab  |  |
| War die verletzte Person vor dem Unfall vollständig gesund?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |  |
| Welche Folgen aus früheren Unfällen oder Krankheiten, Gebrechen, Kriegs-/Wehrdienstbeschädigungen bestehen/bestanden?    |   |  |
| Grad der Behinderung (GdB) vor dem Unfall  | Pflegestufe (vor dem Unfall)  |  |

### Weitere Versicherung, Bankverbindung

|   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| Besteht für die verletzte Person eine weitere Unfallversicherung (z.B. Schutzbrief, Sportverein, Arbeitgeber, andere Versicherer)?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                           |  |
| Name, Anschrift und Vertrags-Nr. /Schaden-Nr. des weiteren Unfallversicherers   |                           |  |
| Bestand bereits früher Unfallversicherungsschutz?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Bei welcher Gesellschaft? | Sind bereits früher Leistungen erfolgt?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet worden?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | Welcher?                  | Krankenkasse der verletzten Person   |
| Zahlungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:   | IBAN                      | Geldinstitut   |
|   | BIC                       | Name des Kontoinhabers   |

### Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß und schicken Sie uns die Unfallanzeige unverzüglich zurück und erteilen Sie uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte in gleicher Weise.

Verletzen Sie eine dieser Verhaltenspflichten (Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten) vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Was Sie im Einzelnen bei uns versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben. Auf die folgenden wichtigen Punkte möchten wir Sie jetzt noch einmal aufmerksam machen.

#### Invaliditätsleistung:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung setzt voraus, dass die körperliche/geistige Leistungsfähigkeit oder eine Gliedmaße/ein Sinnesorgan durch den Unfall auf Dauer beeinträchtigt ist (Invalidität). Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde.

Im Einzelfall können zu Ihren Gunsten verlängerte Fristen vereinbart sein, die aus dem Versicherungsschein ersichtlich sind.

#### Übergangsleistung (soweit mitversichert):

Ein Anspruch auf Übergangsleistung muss spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes von Ihnen bei uns geltend gemacht worden sein. Das gilt unabhängig davon, ob uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde. Wird die Frist zur Geltendmachung versäumt, kann dies zum Verlust des Anspruches auf Übergangsleistung führen.

#### Weitere Leistungsarten:

Beachten Sie bei weiteren Leistungsarten bitte unbedingt die im Versicherungsschein vermerkten Fristen.

### Unterschrift

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| Ort/Datum | Unterschrift der versicherten Person<br>(bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter) | Unterschrift des Versicherungsnehmers (bzw. im Todesfall Unterschriften der Erben/Bezugsberechtigten) |
|-----------|---|---|

Greenkeeper Verband  
Deutschland e.V.

Geschäftsstelle  
Kreuzberger Ring 64

65205 Wiesbaden

Tel.: 0611 - 901 87 25

Fax: 0611 - 901 87 26

www.greenkeeperverband.de



Bitte zurück senden an:

HDI Versicherung AG  
Unfall-Schaden  
Postfach 13 03 19  
50497 Köln

Ihr Gesprächspartner

Schadennummer

## Verletzte Person

|   |              |
|---|--------------|
| Vor- und Zuname der versicherten Person | Geburtsdatum |
| Anschrift der versicherten Person       |              |

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Prüfung der Leistungspflicht

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für die Leistungsfallprüfung erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die HDI Versicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir 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. Kundenservicegesellschaften, weitere Unfallversicherer oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsfallprüfung bei der HDI Versicherung AG unentbehrlich.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch HDI Versicherung AG selbst (unter 1.),

- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HDI Versicherung AG (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

#### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HDI Versicherung AG

Ich willige ein, dass die HDI Versicherung AG die von mir in dieser Leistungsfallprüfung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsfallprüfung sowie zur weiteren Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

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

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 und hierzu Informationen von Stellen abgefragt werden müssen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

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 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 HDI 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.

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 HDI Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HDI Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HDI 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 HDI Versicherung AG 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 die HDI Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitar-

beiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HDI Versicherung AG einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

**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 Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HDI Versicherung AG 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.

### **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HDI Versicherung AG**

Die HDI Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### **3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Zur 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.

Ich willige ein, dass die HDI Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermitteln, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HDI Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HDI Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des TALANX Konzerns oder

einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

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.hdi.de](http://www.hdi.de) eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (TALANX AG, Riethorst 2, 30659 Hannover, E-Mail: [privacy@talanx.com](mailto:privacy@talanx.com)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HDI Versicherung AG 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 die HDI Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des TALANX Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

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 Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für HDI Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder 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 (siehe unter Ziffer 2.).

### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlich vertretenen Person  
(ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s