

## **Invaliditäts-Zusatzversicherung für Kinder in der Unfallversicherung (KinderPlus)**

**Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,**

senden Sie uns bitte möglichst kurzfristig diese **Schadenanzeige** sowie die beigefügte **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung** vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Vielen Dank!

### **Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Invaliditäts-Zusatzversicherung:**

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungen ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Vertrag zu Grunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung und den Besonderen Bedingungen für die Invaliditäts-Zusatzversicherung für Kinder in der Unfallversicherung (KinderPlus), die Sie zusammen mit dem Versicherungsschein erhalten haben.

#### **Eine Rente wird fällig, wenn**

- eine Invalidität durch Krankheit unfreiwillig eingetreten ist und mehr als 6 Monate andauert,
- der Grad der Behinderung (GdB) nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch IX mindestens 50 beträgt und
- die Invalidität durch Vorlage des Bescheids des Versorgungsamtes über die Schwerbehinderung nachgewiesen wird.

**Dieses Hinweisblatt nehmen Sie bitte zu Ihren Unterlagen.**

**Bitte senden Sie die Schadenanzeige zurück an:**

VGH Versicherungen  
Landschaftliche Brandkasse Hannover  
Unfall-Leistung (UL)  
30140 Hannover

Versicherungsnummer:	<b>0123-</b>
Schadennummer:	
Versicherungsnehmer:	
Telefon, tagsüber (mit Vorwahl):	

Haben Sie bei der zuständigen Stelle einen **Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft** gestellt?  ja  nein

Bei welcher Einrichtung haben Sie den Antrag gestellt (Aktenzeichen)?

---



---

**Für folgende Person:**

---

Name, Vorname, geboren am

Eine Fotokopie des Antrages  füge ich bei  wird nachgereicht  
Wichtig: Auch bei Ergänzungen gegenüber der zuständigen Stelle!

Liegt schon ein Bescheid über die Feststellung einer Behinderung vor?  ja  nein  
 Bescheid liegt bei  
 Bescheid wird nachgereicht

Stellen Sie Antrag auf Rente wegen Krankheit gemäß Attest?  ja  nein  
 Attest liegt bei

Ist Ihr Kind Mitglied einer Krankenkasse bzw. Krankenversicherung\*?  ja  nein

---

Bestehen weitere private Unfallversicherungen und/oder Invaliditäts-Zusatzversicherungen?  ja  nein

Bei welchen Versicherungsgesellschaften\* (Versicherungsnummern/Schadennummern)?

---



---

Haben in den letzten drei Jahren weitere private Unfallversicherungen und/oder Invaliditäts-Zusatzversicherungen bestanden?  ja  nein

Bei welchen Versicherungsgesellschaften\* (Versicherungsnummern/Schadennummern)?

---



---

\* Bitte geben Sie vollständige Anschriften an.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt an  Versicherungsnehmer  Sonstige  
(Bitte vollständigen Namen und Anschrift des Kontoinhabers angeben)

Überweisung auf Basiskonto IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

per Scheck

anderes Überweisungskonto IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Ich versichere alle Angaben wahrheitsgetreu nach bestem Wissen gemacht zu haben. **Über die Konsequenzen einer grob fahrlässigen, vorsätzlich falschen oder gar arglistigen Beantwortung der Fragen unterrichtet die beigefügte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.** Im Übrigen bestätige ich hiermit, dass ich die Hinweise zum Versicherungsschutz meiner Unfallversicherung erhalten habe.

---

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherungsnehmer/in (Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter) \_\_\_\_\_ Unterschrift versicherte Person (Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter) \_\_\_\_\_

Bemerkung der Vertretung:

---



---



---



---

Vertretungs -Stempel, -nummer und Unterschrift

---

--	--	--	--	--	--	--	--

## 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.)

### 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 die Landschaftliche Brandkasse Hannover, im folgenden LH 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 Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die LH benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB 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:

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die LH - 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 LH übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die LH an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LH 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 LH 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 LH einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die LH 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 Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die LH 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.

### 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.

#### Erklärungen für den Fall meines Todes:

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

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der LH

Die LH verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der 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. Die LH 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 LH 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 LH zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die LH tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die LH 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 nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die LH Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Versicherungsnummer: 0123- \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Schadennummer: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Die LH führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die LH erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.vgh.de](http://www.vgh.de) eingesehen oder bei der Landschaftlichen Brandkasse Hannover, Datenschutz, Schiffgraben 4, 30159 Hannover, Telefonnummer: (0511) 362-0, E-Mail: [datenschutz@vgh.de](mailto:datenschutz@vgh.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die LH Ihre Einwilligung.

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

### 2.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die LH, 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 die LH 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 die LH 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 die LH 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 ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die LH tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten 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 die LH, an das HIS melden. Die LH 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 benötigt die LH Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die LH 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift des  
Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
der verletzten Person (bei Vorliegen  
der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens  
ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

\_\_\_\_\_  
des gesetzlichen Vertreters

**Übersicht über die Kategorien und die wichtigsten von der Landschaftlichen Brandkasse Hannover beauftragten Dienstleister gemäß Ziffer 2.2 der Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Kategorie	Firmenbezeichnung	Tätigkeit
<b>Allgemeine Dienstleistungen</b>	Recall Deutschland GmbH	Vernichtung von Datenträgern
	BOG Büroorganisations Gesellschaft für optische und elektronische Speichersysteme mbH	Microfilmjacketarchiv
	Deutsche Post Adress GmbH & Co.KG	Überprüfung, Aktualisierung und Recherche von Adressen
	Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Posteingangsbearbeitung
<b>IT-Dienstleister</b>	iVV GmbH	EDV-Leistungen
	Finanz Informatik GmbH & Co.KG	EDV-Leistungen
<b>Versicherungsspezifische Dienstleistungen</b>	Deutsche Assistance Service GmbH	Regulierung von Assistance-Leistungen
	Provinzial Lebensversicherung Hannover	Risikoprüfung

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrte Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlagen von Belegen**

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 Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser 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 Versicherungsfalls 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.