

NOTWENDIGE DOKUMENTE UND MELDUNG EINER KOMPLIKATION

Liebe Kunden,

um Ihr Anliegen schnellstmöglich bearbeiten zu können, benötigen wir folgende Dokumente von Ihnen:

1. Vollständig ausgefüllte und unterschriebene Schadenanzeige und Schweigepflichtentbindungserklärung (dieses Dokument)
2. Ablehnungsbescheid Ihrer Krankenversicherung bzw. Krankenkasse
3. Behandlungsvertrag des versicherten Eingriffs
4. Operationsbericht des versicherten Eingriffs
5. Bericht des Arztes / der Ärztin über die eingetretene Komplikation

Bitte senden Sie die Dokumente an:

BeautySecure
c/o German Underwriting GmbH
Walther-von-Cronberg-Platz 6
60594 Frankfurt am Main

Wir werden uns dann kurzfristig um Ihr Anliegen kümmern!

Ihr Team von BeautySecure

**PS: Haben Sie bereits geprüft, ob Sie einen Haftpflichtanspruch gegen Ihren Arzt/Ihre Ärztin geltend machen können? Oder, falls zutreffend, auch gegen den Hersteller Ihres Implantates?
Bitte prüfen Sie dies vorab!"**

Schadenanzeige Komplikationskostenversicherung

Bitte vollständig in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Angaben VersicherungsnehmerIn:

Versicherungsschein Nr.:

Vor- und Nachname:

Straße /Hausnummer:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Mail:

Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin der versicherten Operation:

Vor- und Nachname:

Straße /Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon:

Komplikation:

Art und Gründe der Komplikation:

Eintrittsdatum der Komplikation:

Arzt / Ärztin als Empfänger der Entschädigungsleistung:

Soll die Entschädigungsleistung direkt an Arzt / die Ärztin überwiesen werden?

Ja

Nein

Die Leistungen des Versicherers sollen überwiesen werden an:

KontoinhaberIn

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens 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 zur Beschaffung 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 zur Beschaffung 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 zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Erklärung des Versicherungsnehmers:

Die beigefügte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich zur Kenntnis genommen. Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Versicherungsfallanzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Die Schadenbearbeitung wird für die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG von German Underwriting GmbH und dem auf Personenschäden spezialisierten Dienstleister ACTINEO GmbH durchgeführt.

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen zu beauftragen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die German Underwriting GmbH 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 German Underwriting GmbH benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

(Sollten Sie keine der Möglichkeiten auswählen, wird dies zu Verzögerungen bei der Prüfung der Leistungspflicht führen.)

*Bitte setzen Sie ein Kreuz:***Möglichkeit I**

Ich willige ein, dass die German Underwriting GmbH, ggf. über die ACTINEO GmbH – soweit es für die Risikobeurteilung oder 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 German Underwriting GmbH übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die German Underwriting GmbH an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die German Underwriting GmbH 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 German Underwriting GmbH 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 German Underwriting GmbH einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die German Underwriting GmbH einwillige oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

**2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die German Underwriting GmbH konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Bitte setzen Sie ein Kreuz:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Möglichkeit I).

**3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und Abwicklung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter und externe Dienstleister einzuschalten. Die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG wird bei der Bearbeitung von Personenschäden von der ACTINEO GmbH unterstützt. Die German Underwriting GmbH benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.

Ich willige ein, dass die German Underwriting GmbH meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter und externe Dienstleister, insbesondere die ACTINEO GmbH übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die German Underwriting GmbH zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die German Underwriting GmbH tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht auch gegenüber den eingesetzten Dienstleistern, insbesondere der ACTINEO GmbH, und deren Mitarbeitern.

Ort, Datum

Unterschrift VersicherungsnehmerIn