



III. Bescheinigung des behandelnden Arztes	<b>Bescheinigung des Arztes oder Krankenhauses</b>	
Der Verletzte selbst darf hier keine Eintragungen vornehmen!	Art der Verletzung _____ _____	
	Dauer der vollstationären Heilbehandlung von mindestens 48 Stunden (3 Tage): vom _____ bis _____ vom _____ bis _____	
	Die vollstationäre Heilbehandlung ist zu _____ % auf den vom Verletzten geschilderten Unfall vom _____ und/oder zu _____ % auf unfallfremde (degenerative) Erkrankungen zurückzuführen.	
	Ort _____ Datum _____	Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes oder Krankenhauses
IV. Angaben der IG BCE	Der auf volle € 0,10 aufgerundete durchschnittliche Monatsbeitrag beträgt € _____  <b>Todesfalleistung</b> € _____ <b>Unfall-Krankenhausgeld</b> € _____ zuzüglich Attestkosten für ärztliche Original-Bescheinigung € _____ <b>Gesamt</b> € _____	
V. Erklärung der/ des Verletzten bzw. der/des bezugsberechtigten Hinterbliebenen	Ich/wir erkläre(n) mich/uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung Herrn/Frau _____ als meinen/unseren Bevollmächtigten einverstanden. Datum _____ Unterschrift der/des Verletzten bzw. der/des bezugsberechtigten Hinterbliebenen _____	

### Schweigepflichtentbindungserklärung und Auskunftsermächtigung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und vollständig gemacht habe.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH im Falle der Geltendmachung eines Leistungsanspruches zur Beurteilung der Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Gutachten, Urteile, Bescheinigungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes) ergeben.

Zu diesem Zweck **befreie ich** hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen, Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung der Unfallfolgen oder anderer Krankheiten oder Gebrechen, die für die Beurteilung der Ansprüche relevant sein können, beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten und ermächtige sie, der Generali Versicherung AG sowie der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden und Sozialversicherungsträger, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Die erhobenen Gesundheitsdaten können vom Versicherer bzw. der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH im erforderlichen Umfang zur Prüfung der von mir geltend gemachten Ansprüche an externe berufskundliche oder medizinische Gutachter übermittelt werden.

Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung **gebe ich nicht ab**. Daher teilt mir der Versicherer bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH – falls erforderlich – mit, von welchen Personen oder Behörden eine Auskunft benötigt wird. Ich erkläre dann jeweils schriftlich, ob ich die genannten Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Darüber hinaus willige ich ein, dass meine Vertrags- und Schadendaten – dies sind beispielsweise meine Gesundheitsdaten, versicherungstechnische Daten wie Vertragslaufzeit, Versicherungssumme sowie erforderlichenfalls Angaben eines Dritten, z.B. eines Sachverständigen oder eines Arztes (u.a. Behandlungsberichte) – bei der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH zum Zweck der Schadenbearbeitung verarbeitet, insbesondere an diese übermittelt und dort verwendet werden. Ferner willige ich ein, dass bei künftigen Versicherungsfällen meine Angaben zum Schaden und gegebenenfalls Angaben von Dritten auch bei der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH geführt werden. Dies kann auch Gesundheitsdaten umfassen.

**Sofern Sie hiermit nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Absatz. Sie können diese Einwilligungserklärung zudem mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.** Dann bleiben die Zuständigkeiten für Sie unverändert bei der Generali Versicherung AG.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verletzten oder seiner/seines Beauftragten