

An  
 Care Concept AG  
 Postfach 30 02 62  
 53182 Bonn

Versicherte Person: Name, Vorname: Geb.:  
 Versicherungsscheinnummer: (bitte stets angeben)

**Zur Anmeldung von Leistungsansprüchen übersende ich die folgenden, angekreuzten Unterlagen:**

Angaben, warum ich um eine Erstattung der entstandenen Kosten bitte:  
 - z.B. Datum der Erkrankung / des Unfalls, Art der Krankheit, Diagnosen – ggf. ein gesondertes Blatt beifügen

- Bei Schwangerschaft: Vollständige Kopie des Mutterpasses
- Im Todesfall : Kopie der Sterbeurkunde
- Nachweis zum Beginn des Auslandsaufenthaltes (z.B. Kopie Einreisenachweis Pass, Flugticket, etc.)
- Bedingungsgemäß erforderliche Nachweise zur Versicherungsfähigkeit in Kopie (z.B. Aufenthaltstitel, Au-pair-Vertrag etc.)
- Bei Auslandsaufenthalt als Au-pair, Sprachschüler etc. Nachweise über Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen
- Soweit ein anderer Versicherer in Anspruch genommen wurde:  
 Letztes Abrechnungsschreiben des oder der weiteren in Anspruch genommenen Versicherer
- Folgende Originalrechnungen:

lfd. Nr.:	Aussteller:	Rechnungsnummer:	Rechnungsdatum:	Betrag:	Bereits bezahlt am:

**(sofern Platz nicht ausreicht, bitte die Rückseite benutzen)**

Die ggf. zu erbringende Versicherungsleistung soll gezahlt werden an (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich):	
Bankleitzahl:	
Kontonummer:	
Bankinstitut	
BIC / SWIFT-Code	
IBAN	
Kontoinhaber	

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers oder seines – gesetzlichen – Vertreters)

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir im Namen des zuständigen Versicherers noch einige Angaben.  
Wir bitten Sie daher das vorliegende Formular auszufüllen, zu unterschreiben und schnellstmöglich an uns zurück zu senden. Vielen Dank

**Versicherungsscheinnummer:** \_\_\_\_\_ (bitte immer angeben)

**1. Versicherungsnehmer:**

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma
Name:			
Vorname:			
Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
E-Mail-Adresse:			
Telefon:			
Telefon (mobil):			
Fax:			

**2. Schadenverursacher:**

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:
Aus- / Einreise:	(bitte geeignete Nachweise (Kopie Visa etc) beifügen)	
	am:	Rückkehr geplant am:
E-Mail Adresse:		
Telefon:		
Telefon (mobil):		
Fax:		
Beruf / letzte Tätigkeit:		

**3. Geschädigter:**

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:
Führerschein:	ausgestellt am:	durch:
E-Mail Adresse:		
Telefon:		
Telefon (mobil):		
Fax:		
Zwischen dem Geschädigten / Versicherungsnehmer / bzw. der versicherten Person besteht ein(e)	<input type="checkbox"/> Familien- / Verwandtschaftsverhältnis, <input type="checkbox"/> Arbeits- / Lohn- / sonstiges Vertragsverhältnis, und zwar: <input type="checkbox"/> häusliche Gemeinschaft	
Verletzung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**4. weiterer Beteiligter / Zeuge (weitere Beteiligten/Zeugen notieren Sie bitte auf einem gesonderten Blatt):**

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:
E-Mail Adresse:		
Telefon:		
Telefon (mobil):		
Fax:		

**5. Angaben zum Unfall**

Schadentag:	
Uhrzeit:	
Schadensort:	
Polizeiliche Aufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dienststelle:  Anschrift: _____ Aktenzeichen: _____

**6. Schilderung / Skizze: (ggf. gefertigte Fotos bitte beifügen)**

**7. Weitere Angaben bei Beteiligung eines oder mehrerer Fahrzeuge:**

Fahrzeug A		Fahrzeug B
	Art (z.B. PKW, LKW, Motorrad)	
	Hersteller	
	Modell	
	Kennzeichen	
	Baujahr	
	Schäden	
	Vorschäden	
	Versichert bei	
	Leasingfahrzeug	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Das Fahrzeug gehört zum Betriebsvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Fahrzeug war abgestellt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr an	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hielt an	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr aus Parkplatz, Grundstück, etc.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog in Parkplatz, Grundstück, etc. ein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bremste	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr auf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr parallel auf anderer Spur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wechselte die Spur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog rechts ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bog links ab	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Überholte	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr im Gegenverkehr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fuhr rückwärts	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beachtete Vorfahrt (z.B. Ampel) nicht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Geschwindigkeit vor Zusammenstoß	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fahrer alkoholisiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unfallflucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**8. Ergänzende Angaben**

Es wurden bereits Ansprüche erhoben:	(Schriftwechsel bitte beifügen) <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR <input type="checkbox"/> nein
Die Ansprüche halte ich für berechtigt:	<input type="checkbox"/> ja, da _____ <input type="checkbox"/> nein, da _____
Eine etwaige Entschädigung soll gezahlt werden:	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer / Konto      Anspruchsteller / Konto BIC: _____      BIC: _____ IBAN: _____      IBAN: _____
Vorsteuerabzugsberechtigung:	des Versicherungsnehmers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      des Anspruchstellers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**9. Angaben bei Sachschäden**

Was wurde beschädigt?		
Art und Umfang der Beschädigung:	Art (z.B. Kratzer, Brandfleck):	Umfang (z.B. völlig zerkratzt, kleiner Fleck)
Die Sache wurde gekauft:	ca. am:	Preis ca.: EUR (wenn vorhanden, Kaufbeleg beifügen)
Schadenhöhe:	ca.:	Reparatur möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, bitte Kostenvoranschlag beifügen)
Besichtigung :	Eine Besichtigung hat stattgefunden durch	Die Sache kann besichtigt werden bei
	Name:	Name:
	Anschrift:	Anschrift:
	Telefon:	Telefon:
Die Sache wurde durch Sie /ihre Familien- / Betriebsangehörige:	Gemietet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gepachtet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Geliehen...: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In Verwahrung genommen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat sich der Schaden durch eine Tätigkeit an der Sache ereignet:	<input type="checkbox"/> ja (z.B. Reparatur, etc.), und zwar	<input type="checkbox"/> nein
Für die Sache besteht eine andere Versicherung:	<input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Leitungswasser	Bei:
	<input type="checkbox"/> Hausrat <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> Vollkasko	Name:
	<input type="checkbox"/> sonstige (z.B. Handyversicherung)	Anschrift:
	Vers. Nummer:	

**10. Angaben Personenschäden**

Name, Anschrift, Geburtsdatum des Verletzten:	Name: Vorname: Geburtsdatum:	Straße:  PLZ: Ort:  Telefon:
Art und Umfang der Verletzung:	Art (z.B. Prellung)	Umfang (z.B. ganzer Körper)
Der verletzte Person ist beschäftigt bei (Arbeitgeber):	Name: Vorname: ggf. Firma:	Straße:  PLZ: Ort:  Telefon:
Stationäre Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja, von: bis	<input type="checkbox"/> unbekannt
Behandelnder Arzt:	Die erste Behandlung erfolgte durch:	Die weitere Behandlung erfolgte durch:
	Name: Anschrift:	Name: Anschrift:
	Telefon:	Telefon:
Meldung bei einer Berufsgenossenschaft:	<input type="checkbox"/> ja, bei Name:	<input type="checkbox"/> nein
	Anschrift:	
	Aktenzeichen:	

**Wichtige Hinweise über die Folgen der Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:**

**Belehrung nach § 28 IV Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie ihm jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie ihm alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass Sie ihm Belege / Dokumente 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 dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorsätzlich die verlangten Belege / Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine 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 / Dokumenten bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

**Ende der Belehrung**

**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.

**Schlusserklärungen**

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige und / oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Absatz 4 des VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben auch dann verantwortlich bin, wenn ich dieses Formular nicht eigenhändig ausgefüllt habe.

Ich trete meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher / Haftpflichtigen in Höhe der von dem Deckungsschutz gewährenden Versicherer erbrachten Leistungen an diesen ab.

Ich willige ein, dass der Deckungsschutz gewährende Versicherer und die bearbeitende Care Concept AG meine personenbezogenen Daten erheben, speichern nutzen und gegenseitig übermitteln dürfen, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung der Versicherungsverträge einschließlich zur Provisionsabrechnung erforderlich ist.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ (Unterschrift Versicherungsnehmer) und \_\_\_\_\_ (Unterschrift versicherte Person oder deren gesetzlichen Vertreter)