



TOKIO MARINE  
KILN

## UNFALL-ANZEIGE

Bitte senden Sie diese **Unfallmeldung** sowie die beigefügte **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung** vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Tokio Marine Kiln Europe S.A., Franklinstraße 61-63, 60486 Frankfurt am Main

T +49 (0)69 977 88 99 100, [www.tokiomarinekiln.com](http://www.tokiomarinekiln.com)

Vorgangs-Nr. Versicherer	Versicherungsschein-Nr.
<b>Versicherungsnehmer (VN)</b>	<b>Versicherte Person (VP)</b>
Name	Name
Geboren am	Geboren am
Straße	Straße
PLZ / Ort	PLZ / Ort
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail
Beruf	Beruf
Versichert seit	Versichert seit

### 1a Angaben zum Unfallhergang

Unfallort:	Unfalldatum / Uhrzeit:
Der Unfall fand statt: <input type="checkbox"/> während der Berufsausübung	<input type="checkbox"/> auf dem Weg von/zur Arbeitsstelle
<input type="checkbox"/> auf einer Dienstreise	<input type="checkbox"/> in der Freizeit

### 1b Unfallhergang (Bitte die genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs und der Ursachen angeben, ggf. Zusatzblatt verwenden)

---

---

---

---

### 2 Zeugen des Unfalls (Bitte geben Sie Namen und Anschriften an)

---

---

### 3 Wurde der Unfall polizeilich gemeldet?

Nein  Ja      Polizeidienststelle:

Tagebuch-Nr.:

### 4 War die versicherte Person Lenker oder Insasse eines Fahrzeugs? (z.B. PKW, Motorrad, Luftfahrzeug, Luftsportgerät, Boot)

Nein  Ja, Insasse  Ja, Lenker (Bitte legen Sie eine Kopie des Führerscheins bei)

Art des Fahrzeugs:

Kennzeichen:

**5 Hat die versicherte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol / Drogen / Medikamente zu sich genommen?**

Nein  Ja (Bitte geben Sie an, welche Art, Menge und in welchem Zeitraum)

**Wurde eine Blutprobe entnommen?**

Nein  Ja, Ergebnis:

**6 Welche Folgen hat der Unfall gehabt? (Art + Umfang der Verletzungen)**

**7 Beginn der ärztlichen Behandlung/Versorgung am:**

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses:

Name und Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes/Krankenhauses:

Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung bis:

**Zu welchem Grad bestand / besteht voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit?**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

*Bitte reichen Sie eine Arztbescheinigung mit Diagnose ein.*

**Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten?**

Nein  Ja

**8 Befand sich die versicherte Person in vollstationärer Behandlung? Bitte reichen Sie den Krankenhausbericht ein.**

Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis:

Name und Anschrift des Krankenhauses:

**9 Litt die versicherte Person vor diesem Unfallereignis an Krankheiten oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen? (z.B. Epilepsie, Parkinson, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel-, oder Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden) Oder bestand vor dem Unfall eine Pflegebedürftigkeit? (Ggf. mit welcher Pflegestufe?)**

Nein  Ja (Welche?)

**Welche Ärzte behandelten die erwähnte Erkrankung/Beeinträchtigung?**

Name und Anschrift:

Name und Anschrift:

**10 Bezieht die versicherte Person eine Rente?**

Nein  Ja, seit:

Name und Anschrift des Rententrägers:

**11 Hat die versicherte Person schon vorher Unfälle gehabt, die zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?**

Nein  Ja (Wann?)

Art der Verletzung:

**Hat die versicherte Person Invaliditätsleistungen erhalten?**

Nein  Ja (Wann?)

Gesellschaft:

Aktenzeichen:

Anschrift:

**12 Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen?**  
(z. B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine etc.)

*(ggf. Zusatzblatt verwenden)*

**Nein**  **Ja**

**Gesellschaft 1**

Strasse:

Vertragsnummer:

PLZ/Ort:

Schadensnummer:

Ansprechpartner/Telefonnummer:

**Gesellschaft 2**

Strasse:

Vertragsnummer:

PLZ/Ort:

Schadensnummer:

Ansprechpartner/Telefonnummer:

**13 Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?**

Nein  Ja (Welcher?)

Anschrift:

Aktenzeichen:

**14 Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?**

Name:

Anschrift:

Mitgliedsnummer:

**15 Die Leistungen sollen überwiesen werden an:**

Bankinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN / Kontonr.:

BIC / Bankleitzahl:

**Schlusserklärung und Unterschrift**

Ich versichere alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Über die Konsequenzen einer grob fahrlässigen, vorsätzlich falschen oder gar arglistigen Beantwortung der Fragen unterrichtet die beigelegte gesonderte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall, die ich zur Kenntnis genommen habe. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich auch dann für den Inhalt dieser Unfallanzeige verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person (oder Angehöriger/gesetzl. Vertreter)

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

## **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 Tokio Marine Kiln Europe S.A. in Vollmacht der Lloyd's Versicherer London, Syndikat 510, Niederlassung für Deutschland, im folgenden TMK 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. TMK 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 –jederzeit widerruflich- ein, dass TMK – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonal 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 TMK übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch TMK an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insofern die für TMK 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 TMK 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 TMK einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an TMK 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 Vertragsabschluss. Ergeben sich nach Vertragsabschluss für TMK konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss.

#### **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.

**Erklärung für den Fall meines Todes:**

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

### **2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb von TMK**

TMK 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. TMK 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 –jederzeit widerruflich- ein, dass TMK 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 TMK zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für TMK tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Kiln 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 Kiln Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Kiln führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Kiln erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Kiln Ihre Einwilligung.

- Ich willige –jederzeit widerruflich- ein, dass Kiln 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 Kiln dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter von Kiln und von sonstigen 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 TMK 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 TMK 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 TMK 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 TMK 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 –jederzeit widerruflich- ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für TMK 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 TMK an das HIS melden. TMK 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 TMK Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

- Ich entbinde –jederzeit widerruflich- die für TMK 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.

**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und zur Maklerbetreuung im Leistungsfall ( falls gewünscht)**

Bitte unterzeichnen Sie die folgende Einverständniserklärung nur, sofern Ihr Versicherungsvertrag von einem Versicherungsvermittler vermittelt wurde und Sie im oben beschriebenen Leistungsfall von diesem betreut werden möchten.

- Ich willige –jederzeit widerruflich- ein, dass meine Gesundheitsdaten an den zum Zeitpunkt der Geltendmachung eines Leistungsanspruches im Versicherungsvertrag genannten Versicherungsvermittler übermittelt und dort zur Prüfung meiner Ansprüche verarbeitet und genutzt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für TMK tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

---

Ort, Datum

Unterschrift verunfallte Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

---

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

**Übersicht über die Kategorien und die wichtigsten von Tokio Marine Kiln Europe S.A., Niederlassung für Deutschland, beauftragten Dienstleister gemäß Ziffer 1.2 bzw. 2.2 der Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Kategorie	Firmenbezeichnung	Tätigkeit
<b>Allgemeine Dienstleistungen</b>	Entsorger	Datenschutzgerechtes Entsorgen von Datenträgern und Papierunterlagen
	Druckereien und Druckkonfektionierung	Drucken und Zusammenstellen von Versicherungsunterlagen
	IT-Provider	Erstellung und Instandhaltung von IT-Systemen, Applikationsentwicklung, Internet-Verwaltung
	Rückversicherer	Rückversicherung bestimmter Risiken oder Summen
	Anwaltskanzleien	Vertretung unserer Interessen, z.B. im Schadenfall
<b>Versicherungsspezifische Dienstleistungen</b>	MOS medical helpline GmbH, Murnau	Medizinische Assistance-Leistungen
	GMMI Global Medical Management, Florida, USA	Case Management und Cost Containment im Bereich der Auslands- und Reiseversicherungen

Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten werden in den IT-Systemen von TMK abgelegt. Gemäß § 203 StGB geschützte Daten sind ein „fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis“. Bei Versicherungen ist es insbesondere die Information darüber, dass ein Versicherungsvertrag besteht. Ihre Gesundheitsdaten sind nur einem beschränkten Personenkreis innerhalb der Tokio Marine Kiln Europe S.A. in Vollmacht der Lloyd's Versicherer London, Syndikat 510, Niederlassung für Deutschland, zugänglich. Ihre sonstigen Daten (z.B. Versicherungsbeginn, Ihre Anschrift) können auch von weiteren TMK Mitarbeitern, z.B. zum Zwecke der Vertragsbearbeitung, eingesehen werden. Theoretisch ist es möglich, dass Ihre Daten von wenigen Mitarbeitern der Tokio Marine Kiln Gruppe oder von Lloyd's Versicherer London eingesehen werden. **Tokio Marine Kiln Group Limited** ist eine englische Gesellschaft mit Sitz in **London, Großbritannien** (Details können Sie unter [www.tokiomarinekiln.com](http://www.tokiomarinekiln.com) entnehmen).

Diese Liste beinhaltet nicht Ihren Versicherungsvermittler oder von diesem Beauftragte. Wenden Sie sich bei Fragen zur Weitergabe der von Ihrem Versicherungsvermittler erhobenen Daten bitte an diesen. Gesundheitsdaten, die im Leistungsfall (nach Ihrer Zustimmung) von uns erhoben werden, geben wir nur dann an Ihren Versicherungsvermittler weiter, wenn Sie dem ausdrücklich (im Leistungsfall) zugestimmt haben.

**Gesonderte Mitteilung über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall (siehe § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wie Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen:** Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverlaufserklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit:** Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese 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 Versicherungsfalles 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.