

Schadenmeldung Unfall



Zur Weiterleitung an Ihren Makler oder an die Conceptif, Barmbeker Str. 2-6 Hamburg
Fax: 040 696355-389, E-Mail: schaden@conceptif.de, Tel.: 040 696355-380

Versicherer

Policennummer

Schadennummer

Versicherungsnehmer:

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

ausgeübter Beruf

verletzte (versicherte) Person

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

ausgeübter Beruf

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Unrichtige Angaben können, je nach Schwere des Verschuldens, zumindest teilweise zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen.

Schadenhergang und Schadenumfang

Schadentag

Uhrzeit

Schadenort

Unfallschilderung (bitte beschreiben Sie Ursache und Hergang des Unfalles ggf. auf einem gesonderten Blatt unter Beifügung einer Skizze)

Art der Verletzung / verletzter Körperteil

Ist der Unfall durch das Verschulden einer anderen Person herbeigeführt worden?

Nein Ja

ggf. Vorname, Name

Postleitzahl, Ort

Straße, Hausnummer

Beziehung zum Verletzten

ggf. Vorname, Name der Unfallzeugen

Postleitzahl, Ort

Straße, Hausnummer

Beziehung zum Verletzten

Art und Umfang der unfallbedingten Verletzungen bzw. Gesundheitsschäden (bitte benennen Sie die Körperteile und Gliedmaßen und fügen Sie etwa vorhandene Kopien der Untersuchungsbefunde und Arztberichte bei)

Handelt es sich um einen Arbeits-, Dienst-, Schulunfall? Nein Ja

Bei welcher beruflichen Tätigkeit?

Name und vollständige postalische Anschrift des Arbeitgebers

Auf dem Weg von / zur Arbeit (Wegeunfall)? Nein Ja

Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? Nein Ja

Name und vollständige postalische Anschrift der Berufsgenossenschaft (ggf. übersenden Sie uns bitte auch eine Kopie der an die Berufsgenossenschaft gerichteten Unfallmeldung Ihres Arbeitgebers)

Handelt es sich um einen Sportunfall? Nein Ja

Bei welcher Sportart?

Bei welcher sportlichen Veranstaltung (z.B. Turnier, Wettkampf, Training)? Ggf. bitte Kopien der an den Landessportbund gerichteten Unfallmeldung des Vereins beifügen.

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?

Nein Ja

Aktenzeichen / Tagebuchnummer

Polizeidienststelle

Bitte Kopie der Anzeige beifügen!

Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen?

Nein Ja

‰
Ergebnis

Wurde ein Drogentest durchgeführt?

Nein Ja

Ergebnis

Bei Verkehrsunfällen

Welches Verkehrsmittel benutzte der Verletzte?
(z.B. PKW, LKW, Krad, Fahrrad usw.)

War der Verletzte Fahrer Beifahrer Insasse

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis? Nein Ja

Ggf.: Wer war Fahrer?

War die verletzte Person ordnungsgemäß angegurtert? Nein Ja

Wurde die Fahrerlaubnis entzogen? Nein Ja

Wer hat den Verkehrsunfall verschuldet?

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Geschwindigkeitswettbewerb (Rennen) eingetreten? Nein Ja

ggf. Art des Rennens

Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? Nein Ja

Ggf. welche und in welcher Menge?

Ggf. wann, bzw. in welcher Zeitfolge?

Nähere Angaben zur verletzten Person

Beginn der ersten ärztlichen Behandlung der Unfallverletzten (Datum, Uhrzeit)

Name und vollständige postalische Anschrift des erstbehandelnden Arztes

Name und vollständige postalische Anschrift des aktuell behandelnden Arztes

Krankenhausaufenthalt Nein Ja

von

bis

Name und vollständige postalische Anschrift des Krankenhauses

Ist der Unfall auf eine zuvor eingetretene Geistes- oder Bewusstseinsstörung zurück zu führen? (z. B. Schwindel, Ohnmacht, Epilepsie, Schlaganfall usw.) Nein Ja

Ggf. welcher Art?

Hatte der Verletzte in den letzten 5 Jahren bereits Unfälle erlitten? Nein Ja

Ggf. wann?

Art der Verletzung

Hat der Verletzte deswegen eine Entschädigung, Rentenzahlung oder sonstige Leistungen erhalten? Nein Ja

Ggf. in welcher Höhe?

Von welcher Gesellschaft, Behörde oder Sozialleistungsträger?

War der Verletzte unmittelbar vor dem Unfall völlig gesund? Nein Ja

Ggf.: An welchen Krankheiten / Gebrechen / Behinderungen hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten?

Seit wann?

Bei welchem Arzt war der Verletzte damit in Behandlung?

Hatte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt noch andere private Unfallversicherungen? Nein Ja

Ggf. Name und vollständige postalische Anschrift der Gesellschaften, Versicherungsscheinnummern und Versicherungssummen

War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt krankenversichert? Nein Ja

Name und vollständige postalische Anschrift der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung

Bankverbindung des Geschädigten für die Erstattung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	Kreditinstitut	Kontoinhaber

Einwilligung in die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten

Zur Beurteilung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, die Angaben zu prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Frage zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Hiermit erteile ich dem Versicherer und den von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) die Einwilligung in die Erhebung der personenbezogenen Daten bei den dort genannten Personen und Einrichtungen für den Zeitraum ab jetzt bis zur endgültigen Abwicklung des Unfalles bzw. bis auf Widerruf.

Anliegend finden Sie eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht. Wir möchten Sie daher bitten, die anliegende Entbindung von der Schweigepflicht vollständig ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück zu reichen. Geben Sie bitte den behandelnden Arzt an, der uns bestmöglich über das Verbleiben einer eventuellen Invalidität Auskunft erteilen kann.

Datum und Unterschriften

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Versicherungsnehmer	Verletzte(r)	ggf. gesetzlicher Vertreter des/r minderjährigen Verletzten

Obliegenheiten

Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherer die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.

Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben oder die Nichtvorlage angeforderter schadens- / leistungsrelevanter Unterlagen zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit dies nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung hat. Bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben oder grob fahrlässig unterbliebener Vorlage der Unterlagen kann die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens gekürzt werden. Dies ist nicht der Fall, wenn ich nachweisen kann, dass ich nicht grob fahrlässig gehandelt habe.

Datum und Unterschriften

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Versicherungsnehmer	Verletzte(r)	ggf. gesetzlicher Vertreter des/r minderjährigen Verletzten

Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht



Versicherer

Policennummer

Schadennummer

Verletzter / Unfalldatum

Vorname, Name

Geburtsdatum

Unfall / Schaden vom

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass der o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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.

Der o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben müssen.

Ich willige ein, dass der o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – soweit es für die Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist – die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können bei

Vorname, Name

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Postleitzahl, Ort

erheben und zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht verwenden. Geben Sie bitte den Arzt und/oder die Einrichtung an, die am besten Auskunft geben können.

Ich befreie die genannten Personen oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von seiner/ihrer Schweigepflicht, soweit die zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -Verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an das o. g. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – die Gesundheitsdaten durch den o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an diese Stellen weitergegeben werden und befreie den o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auch insoweit die für den o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 der o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermitteln, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den o. g. Versicherer und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und 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) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann der o. g. Versicherer an das HIS melden. Der o. g. Versicherer 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 Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt das o. g. Versicherungsunternehmen Ihre Schweigepflichtenbindung.

Ich entbinde die für den o. g. Versicherer tätigen Personen und die von ihm zur Abwicklung des Schadenfalles beauftragten Personen gemäß § 213 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem 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

Unterschrift verletzte (versicherte) Person

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen