

Schadenanzeige zur Unfall-Versicherung

1.1	Vertragsnummer	
1.2	Versicherungsnehmer (VN)	
1.3	Versicherer	
1.4	Versicherte Person (VP)	
Angaben zum Unfallhergang		
1.5	Unfallort	
1.6	Unfalldatum / Uhrzeit	Uhrzeit:
1.7	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
1.8	Schilderung des Unfalls (Bitte genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs und der Ursache - ggf. Zusatzblatt verwenden.)	

<p>7.1 Vollständige Anschrift des Krankenhauses:</p>	
<p>8. Bei tödlichem Ausgang:</p>	
<p>8.1 Wann und wo ist der Tod eingetreten?</p>	
<p>8.2 Welcher Arzt hat den Tod festgestellt?</p>	
<p>8.3 Todesursache?</p>	
<p>9. Hatte oder hat die versicherte Person Krankheiten oder Gebrechen oder sonstige Beeinträchtigungen? (z.B. Epilepsie, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel- oder Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden etc.?)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche?)</p>
<p>9.1 Welche Ärzte behandelten die erwähnte Erkrankung? (Namen und Anschriften:)</p>	
<p>9.2 Nimmt die versicherte Person regelmäßig Medikamente ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Medikamente werden genommen? Grund und Dosierung?</p>
<p>10. Bezieht die versicherte Person eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit Name und Anschrift des Rententrägers:</p>
<p>11. Hat die versicherte Person in den letzten 10 Jahren Unfälle gehabt, die zu mehr als 3 Tagen Arbeitsunfähigkeit oder zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann?) Art der Verletzung:</p>

<p>11.1 Hat die versicherte Person Invaliditätsleistungen erhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (von welcher Gesellschaft?)</p> <p>Wann? Aktenzeichen: Anschrift:</p>
<p>12. Bestehen für die versicherte Person weitere Unfall-, Insassen-Unfall-, Lebensversicherungen mit Unfallzusatz oder Gruppen-Unfallversicherungen (z.B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine etc.)? ggf. Zusatzblatt verwenden</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>12.1 Gesellschaft 1</p>	<p>Straße: PLZ / Ort: Vertragsnummer: Versicherungssumme für Invalidität: Versicherungssumme für Todesfall:</p>
<p>12.2 Gesellschaft 2</p>	<p>Straße: PLZ / Ort: Vertragsnummer: Versicherungssumme für Invalidität: Versicherungssumme für Todesfall:</p>
<p>13. Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Welcher?) Aktenzeichen: Anschrift:</p>
<p>14. Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?</p>	<p>Name: Straße: PLZ / Ort:</p>

<p>15. Die Leistungen der Versicherung sollen überwiesen werden an:</p>	<p>Kontoinhaber: Bankinstitut: IBAN: BIC: Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>16. Sonstiges</p>	<p>Das Informationsblatt „Fristenhinweise“ zu dieser Unfallversicherung habe ich erhalten. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Es werden darin die Frist zur ärztlichen Feststellung von 18 Monaten und die Frist zur Anmeldung des Dauerschadens bei der «VR_NAME1» von 18 Monaten erklärt.</p>
<p>17. Belehrung</p>	<p>Vorsätzlich unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können zum vollständigen Verlust der Versicherungsleistung führen; grob fahrlässig unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können entsprechend der Schwere des Verschuldens eine Kürzung der Versicherungsleistung – ggf. bis hin zu ihrem vollständigen Verlust – zur Folge haben. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung dieser Obliegenheiten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung nicht für die Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht oder ihres Umfangs ursächlich war.</p> <p>Gleiches gilt auch bei Nichtvorlage angeforderter schaden- oder leistungsrelevanter Unterlagen.</p>

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust des Ersatzanspruches bewirken können und zwar auch dann, wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben.

(Ort / Datum)

(Versicherungsnehmer / Unterschrift)

(Ort / Datum)

(Verletzter / Unterschrift)

Allgemeine Einwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die «VR_NAME1» die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, 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 «VR_NAME1» 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 diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die «VR_NAME1» – soweit es 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 Stellung des Versicherungsantrags an die «VR_NAME1» übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die «VR_NAME1» an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die «VR_NAME1» 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 «VR_NAME1» 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 «VR_NAME1» einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten 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 Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die «VR_NAME1» 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. Für jede Schweigepflichtentbindung im Einzelfall ist die «VR_NAME1» berechtigt, für den entstandenen Mehraufwand eine Kostenbeteiligung von 15 EUR mit fälligen Leistungen zu verrechnen.

Bei **Möglichkeit II** entbinde ich schon jetzt von der Schweigepflicht:

(Name, Anschrift)

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter (externe untersuchende und beratende Ärzte) einzuschalten. Die «VR_NAME1» 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 ein, dass die «VR_NAME1» 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 die «VR_NAME1» zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die «VR_NAME1» tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Die Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt liegt bei folgt.

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust des Ersatzanspruches bewirken können und zwar auch dann, wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben.

Mit Absenden dieser Schadenanzeige an die NÜRAS Versicherungsmakler GmbH versichert der Aussteller – auch bei elektronischer Weitergabe ohne Unterschrift – die Richtigkeit seiner Angaben.

Wichtiger Hinweis zum Datenschutz:

Ihre Daten werden zum Zweck der weiteren Bearbeitung gespeichert und ggf. zu diesem Zwecke auch an Dritte weitergeleitet.

Mit der Übermittlung der Daten stimmen Sie ausdrücklich zu, dass alle Ihre personenbezogenen Daten, wie auch insbesondere die Gesundheitsdaten, im Rahmen der gesetzlichen Regelungen insbesondere des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) gespeichert und zum Zwecke der Bearbeitung an die zur weiteren Bearbeitung Beteiligten weitergegeben werden dürfen. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, teilen Sie uns dies bitte in Textform mit.

(Ort/Datum)

(Versicherungsnehmer / Unterschrift)

Bei Minderjährigen: Unterschrift(en) des/der gesetzlichen Vertreter(s)

Hinweisblatt für Versicherungsnehmer (Bitte beachten und zu Ihren Unterlagen nehmen)

Fristenhinweise

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer privaten Unfallversicherung:

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen. Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung / Unfallrente (sofern dies versichert wurde)

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von **18 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von **18 Monaten** von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität min. 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung (sofern dies versichert wurde)

2.a Übergangsleistung

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um min. 50 % beeinträchtigt ist,

die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.

Die Beeinträchtigung muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen

Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

2.b Erweiterte Übergangsleistung

Für die erweiterte Übergangsleistung gilt zusätzlich zu den unter 2.a beschriebenen Fristen, dass bereits ein Anspruch bei einer Beeinträchtigung von 100 % in den ersten drei Monaten besteht. Diesen Anspruch müssen Sie binnen vier Monaten mit ärztlichem Attest anmelden.

3. Weitere Leistungsarten

Haben Sie weitere Leistungen (z. B. kosmetische Operationen) mit uns vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen den Versicherungsbedingungen zu entnehmen.