

SCHADENANZEIGE

zur Unfall-Versicherung



Schaden-Nr. _____

Aktenzeichen: 0809070001

Versicherungsnehmer:	Land Nordrhein-Westfalen vertreten durch das Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration Horionplatz 1 40213 Düsseldorf
-----------------------------	--

Risiko (Initiative, Projekt, Verein usw.):	_____
---	-------

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Es handelt sich um eine Erstmeldung
 Der Schaden wurde bereits telefonisch schriftlich per Telefax per E-Mail am _____ gemeldet.

Schadentag:	Uhrzeit:	festgestellt am:
-------------	----------	------------------

Verletzte Person

_____	_____
Name, Vorname der verletzten Person	Geburtstag der verletzten Person
_____	_____
Berufliche Tätigkeit (bitte genau angeben)	Telefon

Straße, Nr., Postleitzahl, Wohnort	

Bei Minderjährigen: Zuname, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters	

Angaben zum Unfall

1. Unfallort:	_____
---------------	-------

2. Unfall während:
<input type="checkbox"/> Kindergarten/Tagesstätte <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt <input type="checkbox"/> Freizeit
<input type="checkbox"/> hauptberuflicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> nebenberuflicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> ehrenamtlicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> Honorartätigkeit
<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Zivildienstleistender <input type="checkbox"/> Sonstige Personen = _____
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Veranstaltung (Welche? _____)

3. a) Wurde die gesetzliche Unfall-Versicherung eingeschaltet?	a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbehörde wurde der Unfall gemeldet?	b) Name/Anschrift/AZ: _____

4. Bitte beschreiben Sie den Beruf/die Tätigkeit (s. Pos. 2):	_____
---	-------

5. Für welche Firma/Institution erfolgte die Tätigkeit (s. Pos. 2)?:	_____
--	-------

6. Unfall auf dem direkten Zu- oder Abweg zu der Tätigkeit bzw. der Veranstaltung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

7. Verletzte Körperteile/Art der Verletzungen?	_____
--	-------

8. Mögliche Dauerschäden?	_____
---------------------------	-------

Wichtiger Hinweis: Etwaige Dauerschäden müssen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb weiterer drei Monate ärztlich festgestellt sowie zusätzlich auch dem Versicherer bzw. uns gemeldet werden. Ein Fristverzug führt zum Erlöschen der Ansprüche. Bitte entnehmen Sie die Leistungsvoraussetzungen/Fristen aus dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen bzw. Besonderen Bedingungen.

9. Ist die verletzte Person verstorben? Bei Unfalltod muss der Versicherer innerhalb von 48 Stunden verständigt werden!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

10. Unfallhergang und Unfallursache (aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf, bitte auf gesondertem Blatt fortführen)	_____ _____ _____ _____ _____
--	---

<p>11. a) Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen? b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise? c) Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? Anschrift der Polizeidienststelle? d) Aktenzeichen und Ort der Staatsanwaltschaft? e) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? f) Wurde eine Blutprobe entnommen? g) Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurückzuführen? h) War die versicherte Person Führer eines Fahrzeuges? War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?</p>	<p>a) _____ b) _____ c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ _____ d) AZ: _____ Ort: _____ e) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ f) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____‰ g) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wodurch: _____ h) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Führerscheinklasse: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>12. a) Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten? Wenn ja, wann und welcher Art? b) Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen? c) Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung? Wodurch und in welchem Grad (%) ?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____</p>
<p>13. a) Wann wurde wegen des Unfalls erstmals ein Arzt zu Rate gezogen? Welche Anordnungen hat er getroffen? b) Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses? c) Welche Ärzte oder Krankenhäuser mit Fachabteilungen wurden wegen der Unfallfolgen außerdem noch in Anspruch genommen (Name, Anschrift, Telefon)? Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen. d) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> ambulant Datum _____ Uhrzeit _____ <input type="checkbox"/> stationär vom _____ bis _____ _____ b) _____ c) _____ _____ _____ d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____</p>
<p>14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben? b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig? c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?</p>	<p>a) _____ b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ c) _____</p>
<p>15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Invaliditätsentschädigung erhalten? b) Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name, Anschrift)? c) Bei welcher Krankenversicherung (gesetzlich oder privat) ist die verletzte Person versichert (Name, Anschrift)?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ AZ: _____ von (Stelle): _____ b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr. _____ _____ c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr. _____ _____</p>
<p>16. Die Versicherungsleistung soll gezahlt werden an? Bankverbindung (bitte stets angeben)</p>	<p>Kontoinhaber: _____ Konto-Nr.: _____ BLZ: _____ Geldinstitut: _____</p>

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer vom Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer ihm jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als der Versicherungsnehmer ihm alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass der Versicherungsnehmer ihm Belege zur Verfügung stellt, soweit es dem Versicherungsnehmer zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Macht der Versicherungsnehmer entgegen der vertraglichen Vereinbarung vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellt er dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verliert der Versicherungsnehmer seinen Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößt er grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliert er seinen Anspruch zwar nicht stets vollständig, aber der Versi-

cherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmer kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

Trotz Verletzung der Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als der Versicherungsnehmer nachweist, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Verletzt der Versicherungsnehmer die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zu Leistung frei.

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem *Dritten* zusteht, ist auch *dieser* zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Ort/Datum

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht ist es erforderlich, dass der Versicherer/Makler die Angaben prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsablauf).

Bitte entscheiden Sie sich vor diesem Hintergrund durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Varianten einer Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht:

Generelle Entbindung von der Schweigepflicht für dieses Schadenereignis

Hinweis: Diese generelle Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Soweit für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich, entbinde ich Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, Personenversicherer, Assistance-Dienstleister und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorliegenden Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt sind/waren von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer/Makler/Assistance-Dienstleister. Vor einer Datenerhebung werde ich nicht mehr einzeln unterrichtet.

Den Versicherer/Makler selbst entbinde ich von seiner Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten nur im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft, einen Assistance-Dienstleister oder auch Rückversicherer weitergegeben werden. Vor einer Datenerhebung werde ich nicht mehr einzeln unterrichtet.

Sofern zur medizinischen Beurteilung der Unfallfolgen auf unfallunabhängige Erkrankungen und Vorschädigungen eingegangen werden muss, bezieht sich meine Erklärung hierauf.

Bei Beanspruchung vertraglich vereinbarter Pflegeleistungen stimme ich der Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an den beauftragten Dienstleister zu.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Entbindung von der Schweigepflicht je Einzelfall für dieses Schadenereignis

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Eine Erhebung von Daten erfolgt nur, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung einwilligt habe. Ich wünsche, dass mich der Versicherer/Makler einzeln informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Danach werde ich jeweils eine Entbindung von der Schweigepflicht prüfen oder ggf. Informationen/Unterlagen selbst beschaffen. Die Entscheidung für diese Alternative kann ggf. zu Verzögerungen bei der Leistungsprüfung oder weiteren Problemen führen.

Erklärungen für mitversicherte Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab.

Ort/Datum

Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters
(ohne Unterschrift ist keine Bearbeitung möglich)