

# UNFALLMELDUNG

Name Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

VS-Nr.: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

<b>1. Angaben zur verletzten Person</b>	Name: _____
	abweichende Anschrift: _____
	Geburtsdatum: _____
	Familienstand: _____
	Telefon privat: _____
	Telefon geschäftlich: _____
	Beruf / Beschreibung: _____
Name / Anschrift Arbeitsstätte: _____	
<b>2. Unfallhergang</b>	Unfalldatum / Uhrzeit: _____
	Unfallort: _____
	Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt: _____
	Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ereignete sich der Unfall während einer Dienstreise? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausführliche Unfallschilderung (ggf. bitte ein gesondertes Beiblatt verwenden):          	
<b>3. Gesundheitsschädigung</b>	verletzte(r) Körperteil(e): _____
	Art der Verletzung(en): _____
<b>4. Weitere Angaben zur verletzten Person</b>	Wurden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Drogen eingenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis der Blutprobe: _____ ‰
<b>5. Verkehrsunfall</b>	Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt? _____
	Die verletzte Person war ...: <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> sonstige: _____
	Name und Anschrift des Fahrers (wenn nicht 1.) _____
	Führerschein des Fahrers Klasse _____ Ausstellungsdatum _____
	Ausstellungsort _____
	Wer ist Halter des Kfz? (Name und Anschrift) _____
	Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Angabe von Aktenzeichen, Behörde: _____

<b>6. Arzt-/Krankenhausbehandlung</b>	Erste ärztliche Hilfe am / von Arzt:		Weiterbehandlung / Überweisung an:	
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name / Anschrift des Krankenhauses / Abteilung:			
Dauer des Krankenhausaufenthaltes:				
von: _____ bis: _____ Grund/Anlass: _____				
Bitte Bescheinigung über die Dauer mit Diagnose beifügen oder _____ reichen, wenn Krankenhaustagegeld versichert ist.				
<b>7. Arbeitsunfähigkeit</b>	Ist die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer: _____			
<b>8. Vorerkrankungen</b>	Hat die verletzte Person wegen anderer Erkrankungen oder früherer Unfälle in den letzten 5 Jahren einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben zu:			
	Bezeichnung der Unfälle / Art der Verletzungen / Krankheiten / Jahr: (evtl. Beiblatt verwenden)			
	1.			
	2.			
	3.			
<b>9. Renten</b>	Erhält die verletzte Person eine Rente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben zu Art der Rente: _____			
<b>10. Andere Versicherungen (evtl. Beiblatt verwenden)</b>	Bestehen oder bestanden noch weitere Unfall- oder Insassenunfallversicherungsverträge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben:			
	Versicherer:		Versicherungsnummer:	
	Versicherungssumme:			
	1.			
	2.			
	Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert?			
Name: _____				
Unfallmeldung erfolgte am: _____				
Welcher Krankenkasse / Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?				
Versicherer:		mit Krankenhaustagegeld: _____ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Unfallmeldung erfolgte am: _____				
<b>11. Bankverbindung für Leistungen</b>	IBAN: _____			
	Kontoinhaber:		Name Bank:	
<b>12. Wichtige Hinweise / Schlusserklärung</b>	Ich erkläre hiermit, 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. Bewusst falsche oder unvollständige Angaben können - auch wenn dadurch kein Nachteil für den Versicherer entsteht - den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken. Es ist mir bekannt, dass die grob fahrlässige, vorsätzliche oder arglistige Verletzung der Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen kann. Die Details zu den Pflichten im Schadenfall kann ich dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen entnehmen.			
	Der Makler ist bevollmächtigt an der Erfüllung des Vertrages anlässlich dieses Schadens mitzuwirken. Diese Vollmacht erstreckt sich insoweit auch auf die Entgegennahme sämtlicher Willenserklärungen und Informationen gegenüber dem Versicherer und anderen an der Schadenbearbeitung Beteiligten (z. B. Sachverständige). Der Versicherer und andere Beteiligte werden insoweit ausdrücklich von allen datenrechtlichen Schutzvorschriften gegenüber dem Makler entbunden.			
	Was Sie im Einzelnen versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben.			
	<b>Bitte beachten Sie, dass Sie die beiliegende Schweigepflichtentbindungserklärung angekreuzt und unterschrieben mit der Unfallmeldung zurücksenden.</b>			
<b>13. Unterschrift</b>	Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers:		Unterschrift der verletzten Person / gesetzlicher Vertreter:	

# Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

## 1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass der Versicherer 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. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für den Versicherer 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 der Versicherer – 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 den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer 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 der Versicherer 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 den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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 Versicherer 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

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer 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 der Versicherer 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 den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.

## 3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer 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 der Versicherer Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. 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 der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

## 4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

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) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann der Versicherer an das HIS melden. Der 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 der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen 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 der verletzten Person

Ort, Datum

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

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters