

Unfall-Schadenanzeige

Versicherungsschein-Nummer <input type="text"/>	Schaden-Nummer (falls bekannt) <input type="text"/>	Vermittler-Nummer <input type="text"/>
--	--	---

- Es handelt sich um eine Erstmeldung
 Der Schaden wurde bereits telefonisch schriftlich per Fax per E-Mail über die Homepage
am gemeldet

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum <input type="text"/>	Ihre Erreichbarkeit (tagsüber) Telefon/E-Mail <input type="text"/> <input type="text"/>
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) <input type="text"/>			
Aktuelle berufliche Tätigkeit <input type="text"/>	Arbeitgeber / beschäftigt seit <input type="text"/> <input type="text"/>	selbstständig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leiharbeiter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Angaben zur verletzten Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Name, Vorname <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum <input type="text"/>	Ihre Erreichbarkeit (tagsüber) Telefon / E-Mail <input type="text"/> <input type="text"/>
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) <input type="text"/>			
Aktuelle berufliche Tätigkeit <input type="text"/>	Arbeitgeber / beschäftigt seit <input type="text"/> <input type="text"/>	selbstständig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leiharbeiter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei Minderjährigen: Name, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters <input type="text"/>			

Angaben zum Unfall

Unfalldatum <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/>	Unfallort / Land <input type="text"/>	Augenzeuge nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---------------------------------	--	---

Unfall während:

- Kindergarten/Tagesstätte Schulbesuch Heimaufenthalt Freizeit
hauptberuflicher Tätigkeit nebenberuflicher Tätigkeit ehrenamtlicher Tätigkeit
Honorartätigkeit Beamter Zivildienstleitender

Sonstige Personen =

Teilnahme an einer Veranstaltung (Welche?)

Unfall-Schadenanzeige

Bitte schildern Sie uns den Unfallhergang möglichst genau (Bitte ggf. gesondertes Blatt und eventuelle Skizze beifügen)

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Dienststelle (Anschrift)	Aktenzeichen	Tagebuchnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsanwaltschaft eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> unbekannt
	<input type="text"/>	

Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? nein ja

Wenn ja, was und welche Menge	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------

Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen? nein ja

Wenn ja, durch wen?	<input type="text"/>
Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt:	<input type="text"/> ‰

War die Ursache für den Unfall eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall oder dergleichen)? nein ja

Nur bei Verkehrsunfällen ausfüllen

Nur bei Unfällen im Straßenverkehr	Die verletzte Person war <input type="checkbox"/> Fahrzeuginsasse/Sozius <input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Fahrradfahrer	
Nur für Lenker eines Kraftfahrzeuges	Welches Kraftfahrzeug hat die verletzte Person ggf. benutzt? <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Moped	War die versicherte Person im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis? <input type="checkbox"/> Ja, Klasse <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
Amtliches Kennzeichen:	<input type="text"/>	
Angaben zu Zeugen	Name, Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) <input type="text"/>	

Unfall-Schadenanzeige

Angaben zu den Unfallfolgen und deren Behandlung

Art der Verletzung und verletzter Körperteil

--

Durch wen wurde zuerst ärztliche Hilfe geleistet?

Datum:	Uhrzeit: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Klinik/Arzt (Name und Anschrift): <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

Durch wen wurde wann die Behandlung fortgesetzt?

Datum:	Uhrzeit: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Klinik/Arzt (Name und Anschrift): <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Datum:	Uhrzeit: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Klinik/Arzt (Name und Anschrift): <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Datum:	Uhrzeit: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Klinik/Arzt (Name und Anschrift): <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

Waren/sind Sie in stationärer Behandlung?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Aufnahmetag:	<input type="checkbox"/> Aufenthalt dauert noch an
		Entlassungstag:	Voraussichtliches Ende:

Waren/sind Sie in ambulanter Behandlung?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> Behandlung dauert noch an
			Voraussichtliches Ende:

Wurde die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit dauert noch an
		bis:	Voraussichtliche Dauer:

Unfall-Schadenanzeige



Angaben zu Vorerkrankungen und früheren Unfällen

Leiden Sie an Erkrankungen, Beschwerden oder Gebrechen zum Zeitpunkt des Unfalls (z.B. Diabetes mellitus, Osteoporose, Bluterkrankheit, vorgeschädigte Hüfte)?

nein ja

Falls ja, geben Sie uns bitte die die Erkrankung/Beschwerden/Gebrechen, die behandelnden Ärzte, deren Anschrift sowie das Datum der Erstdiagnose bekannt:

Haben Sie schon zu einem früheren Zeitpunkt (einen) Unfall/Unfälle, ggf. mit Dauerfolgen erlitten?

nein ja

Falls ja, geben Sie uns bitte das jeweilige Unfalldatum und Verletzungsart bekannt:

Angaben zum Hausarzt (Name und Anschrift):

Unfall-Schadenanzeige

Angaben zu subsidiären Leistungsträgern / weiteren Versicherungen

Bestehen für die versicherte Person weitere private Unfallversicherungen (z.B. über den Arbeitgeber oder den Sportverein)?

nein ja

Falls ja, geben Sie folgende Angaben bekannt:

Versicherungsgesellschaft(en)	Versicherungsnummer (n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Besteht für die versicherte Person eine private oder gesetzliche Krankenversicherung?

nein ja

Falls ja, geben Sie folgende Angaben bekannt:

Versicherungsgesellschaft(en)	Versicherungsnummer (n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bestehen für die versicherte Person Lebensversicherungen (nur bei einem Todesfall anzugeben)?

nein ja

Falls ja, geben Sie folgende Angaben bekannt:

Versicherungsgesellschaft(en)	Versicherungsnummer (n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Besteht für die versicherte Person eine Auslandsreisekrankenversicherung?

nein ja

Falls ja, geben Sie folgende Angaben bekannt:

Versicherungsgesellschaft(en)	Versicherungsnummer (n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verfügt die versicherte Person über Kreditkarten?

nein ja

Falls ja, geben Sie uns bitte die Art der Kreditkarten (z. B. Visa Gold) bekannt:

Besteht für die verletzte Person eine ADAC-Plus-Mitgliedschaft?

nein ja

Falls ja, geben Sie uns bitte die Mitgliedsnummer bekannt:

Unfall-Schadenanzeige



Angaben zur gesetzlichen Unfallversicherung

Handelt es sich um einen Berufs- oder Wegeunfall?

nein ja

Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet?

nein ja

Falls ja, geben Sie folgende Angaben bekannt:

Name der Berufsgenossenschaft	Mitglieds-Nummer/ Aktenzeichen
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Etwaige Versicherungsleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden

Name der Bank	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Kontoinhaber	<input type="text"/>

Unfall-Schadenanzeige



Erklärungen und wichtige Hinweise

Belehrung nach § 28 Abs. 4 VVG Verletzung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir 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 (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheiten).

Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung der Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung 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 zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Ich bestätige, dass ich die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Waldenburger Versicherung AG zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Hinweise zur Kenntnis genommen habe und auf die Rechtsfolgen hingewiesen wurde.

Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person

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

Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht, für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und an andere Stellen

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten und Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Waldenburger Versicherung AG 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 Waldenburger Versicherung AG 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 müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages sowie die Schadenbearbeitung mit Prüfung Ihrer Leistungsansprüche in der Regel nicht möglich sein wird.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Waldenburger Versicherung AG soweit es für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörde 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 Waldenburger Versicherung AG übermittelt werden.

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

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 Waldenburger Versicherung AG 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. Die Waldenburger Versicherung AG 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 Waldenburger Versicherung AG 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 Waldenburger Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Waldenburger Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Person)

Die Waldenburger Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter der Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann unter Telefon 07942 945-5055 angefordert werden.

4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

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 die Waldenburger Versicherung AG an das HIS melden.

Datenschutz/Schweigepflichtentbindungserklärung



Die Waldenburger Versicherung AG 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 die Waldenburger Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Waldenburger Versicherung AG 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 versicherte Person

Ort, Datum	Unterschrift gesetzlich vertretene Person <small>(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)</small>

Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters