

# SCHADENANZEIGE

## zur Unfall-Versicherung

 ECCLESIA UNION VMD

ECCLESIA Gruppe

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

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax/E-Mail: \_\_\_\_\_

**- Bitte vollständig ausfüllen! -** Es handelt sich um eine Erstmeldung Der Schaden wurde bereits  telefonisch  schriftlich  per Telefax  per E-Mail am \_\_\_\_\_ gemeldet

Vers-Schein-Nr.: \_\_\_\_\_

Schadentag: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

festgestellt am: \_\_\_\_\_

### Verletzte Person

Name, Vorname der verletzten Person \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 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:

- Kindergarten/Tagesstätte  Schulbesuch  Heimaufenthalt  Freizeit  
 hauptberuflicher Tätigkeit  nebenberuflicher Tätigkeit  ehrenamtlicher Tätigkeit  Honorartätigkeit  
 Beamter  Zivildienstleistender  Sonstige Personen = \_\_\_\_\_  
 Teilnahme an einer Veranstaltung (Welche? \_\_\_\_\_)

3. a) Wurde die gesetzliche Unfall-Versicherung eingeschaltet?

a)  nein  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?

 nein  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!

 nein  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?</p> <p>b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise?</p> <p>c) Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? Anschrift der Polizeidienststelle?</p> <p>d) Aktenzeichen und Ort der Staatsanwaltschaft?</p> <p>e) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?</p> <p>f) Wurde eine Blutprobe entnommen?</p> <p>g) Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurückzuführen?</p> <p>h) War die versicherte Person Führer eines Fahrzeuges? War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?</p>	<p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ _____</p> <p>d) AZ: _____ Ort: _____</p> <p>e) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____‰</p> <p>g) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wodurch: _____</p> <p>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?</p> <p>b) Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen?</p> <p>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 _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____</p>
<p>13. a) Wann wurde wegen des Unfalls erstmals ein Arzt zu Rate gezogen?</p> <p>Welche Anordnungen hat er getroffen?</p> <p>b) Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses?</p> <p>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.</p> <p>d) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> ambulant Datum _____ Uhrzeit _____ <input type="checkbox"/> stationär vom _____ bis _____ _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____ _____ _____</p> <p>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?</p> <p>b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?</p> <p>c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?</p>	<p>a) _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____</p> <p>c) _____</p>
<p>15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Invaliditätsentschädigung erhalten?</p> <p>b) Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name, Anschrift)?</p> <p>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): _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr. _____ _____</p> <p>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: _____</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p> <p>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 Versicherer 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 Versicherungsfalls 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**

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Schadentag:	_____
Verletzte Person:	_____
Geburtsdatum:	_____
Schadenummer:	_____

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall kann es erforderlich sein, dass der Versicherer/Makler 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 sie erforderlich ist. Der Versicherer/Makler benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) 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/Makler – 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 Antragstellung an den Versicherer/Makler übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer/Makler an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer/Makler 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/Makler in jedem Einzelfall 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/Makler einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer/Makler 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 den Versicherer/Makler konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung 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

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

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift der verletzten Person

Wenn die verletzte Person gesetzlich vertreten wird:

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

**Bitte vergessen Sie nicht, eine der beiden Varianten anzukreuzen.**