

Versicherungsscheinnummer:		<h1>Schadenanzeige - Unfall</h1>			
Schadensnummer:					
Versicherungsnehmer - Vorname, Zuname, Straße, Nr., PLZ, Ort			Bitte helfen Sie bei der Bearbeitung Ihres Schadens und beantworten Sie alle in dieser Schadenanzeige gestellten Fragen sorgfältig. Vergessen Sie bitte nicht, die Anzeige auf der Rückseite zu unterschreiben. Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Mithilfe und werden den Schaden rasch und zu Ihrer Zufriedenheit bearbeiten.		
Angaben zur verletzten Person	Vorname, Zuname der verletzten Person			Beruf	
	Wohnort (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)				
	Geburts- tag	Familienstand (Zutr. Ankreuzen)		Tel.-Nr.	
		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet			
Art der täglichen Beschäftigung der verletzten Person					
Unfall-zeitpunkt	Unfalltag / Uhrzeit		Unfallort		
		:	Uhr		
Ursache und Hergang	Ursache und Hergang des Schadenereignisses (Bitte kurze, aber klare Schilderung)				
Verletzungen	Verletzter Körperteil und Art der Verletzung			Voraussichtliche Dauer der stationären Krankenhausbehandlung?	
				Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung?	Besteht Arbeitsunfähigkeit?
	Hatte die verletzte Person in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn ja welche _____			Wurde eine Blutalkoholuntersuchung veranlasst? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: Durch wen?	
	Hatte die verletzte Person in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall Medikamente zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn ja welche _____				
Hatte die verletzte Person in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall Rauschmittel zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn ja welche _____					
Polizeiliche Aufnahme?		Anschrift der Polizeidienststelle		Aktenzeichen	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Kfz-Unfälle	Nur bei Kfz-Unfällen zu beantworten				
	Art des benutzten Fahrzeugs	Amtliches Kennzeichen	War die verletzte Person <input type="checkbox"/> Lenker? <input type="checkbox"/> Mitfahrer?	Führerschein Klasse ausgestellt am	Bestand Fahrerlaubnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zeugen	Vorname, Zuname der Zeugen, Straße, Nr., PLZ, Wohnort			
Ärztliche Behandlung	Ärzte bzw. Krankenhäuser	Vorname, Zuname, (Bei Krankenhaus Bezeichnung), Straße, Nr., PLZ, Ort		
	Erstbehandelnder Arzt			Erste Behandlung am
	Stationäre Behandlung im Krankenhaus			vom bis
	Behandlung durch weitere Ärzte			Behandlungsbeginn
Vorerkrankungen und frühere Unfälle	<p>War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn nein, geben Sie alle Erkrankungen an _____</p> <p>Welche früheren Unfälle (Datum/Verletzungsart/Dauerfolgen) hatten Sie erlitten?</p> <p>_____</p> <p>Besteht für die verletzte Person ein Rentenanspruch, eine Pflegestufe oder wurde diese beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja welche Pflegestufe besteht bei der verletzten Person? _____</p> <p>Bestand vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja wodurch und in welchem Grad? _____</p> <p>Beziehen Sie Rentenleistung oder haben Sie sonstige Entschädigungen - auch von privaten Unfallversicherern - erhalten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von:</p> <p>Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen (Rentenbescheide, Gutachten o.ä.) bei.</p>			
Hausarzt	Name und Anschrift Ihres Hausarztes:			
Weitere Versiche- rungen	Weitere Versicherungen für die verletzte Person	Versicherer (mit genauer Anschrift)	Versicherungsschein-Nr./ Schaden-Nr.	Versicherungssumme
	Unfallversicherungen (eigene/ über Arbeitgeber, Verein etc.)			
	Insassenunfallversicherungen			
	(nur bei Tod angeben) Lebensversicherungen			
	Kranken-/ Berufsunfähigkeitsversicherung			
Gebietsfremde	<p>Falls der Zahlungsempfänger innerhalb der letzten sechs Monate seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland hatte oder zu einer der folgenden Berufsgruppen zählt, bitten wir um Mitteilung, da wir gemäß § 26 Außenwirtschaftsgesetz (AWG) in Verbindung mit §§ 59 ff. der Außenwirtschaftsverordnung (AWV) verpflichtet sind, Zahlungen an gebietsfremde Personen an die Deutsche Bundesbank zu melden.</p> <p>Berufsgruppen: ausländische Studenten, Diplomaten, Armeeingehörige (ausgenommen Bundeswehr) sowie deren Familienmitglieder.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, der Zahlungsempfänger ist gebietsfremd.</p> <p>Sofern an dieser Stelle von Ihnen keine Angaben gemacht wurden, gehen wir davon aus, dass der Zahlungsempfänger gebietsansässig ist.</p>			

Bankverbindung für Entschädigungsleistung:		Bankleitzahl		Konto-Nr.	
IBA					
N-					
Co					
de:					
BIC/SWIFT-Code:					
Name des Zahlungsempfängers:					
Ort			Unterschrift Kontoinhaber bzw. gesetzlicher Vertreter		
Datum					

I. Erklärung des Versicherungsnehmers und der verletzten Person

Es besteht die vertragliche Obliegenheit uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

Ort _____ Datum _____

X _____
Unterschrift des Versicherungsnehmers

X _____
Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

X _____
Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter

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.

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 (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters