

Deutsche Post 
ANTWORT

ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Schadenservice
(Telefax 06171 / 666050)
61435 Oberursel

Name und Anschrift Versicherungsnehmer:

Telefon _____ Fax _____

IBAN _____

BIC _____

Schadenanzeige Unfallversicherung Versicherungsnummer:

Beruf oder Betrieb des Versicherungsnehmers _____

Name des Verletzten (= Versicherten) _____

geb. am _____ Beruf _____

Anschrift _____ Telefon _____

Selbständig ja nein

Falls ja, bitte auch bei einem Freizeitunfall angeben, seit wann, bei welcher Berufsgenossenschaft und unter welcher Mitgliedsnummer gesetzlicher Unfallversicherungsschutz bestand?

Schilderung des Herganges:

Wann ereignete sich der Unfall? Am _____ 20 _____ um _____ Uhr (0 bis 24)

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Straße, Haus-Nr.) _____

Nähere Bezeichnung der Örtlichkeit (z. B. Bürgersteig, Treppenhaus, Wohnzimmer, Schlosserei, Skihang) _____

Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit? _____

Wenn als Kfz-Lenker: Führerschein Klasse _____, Ort und Datum der Ausstellung _____

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? ja nein

Wenn ja, welche Menge? _____ Wann? _____

Wurde eine Blutprobe entnommen? ja nein. Ergebnis _____‰.

Wie ereignete sich der Unfall?

Diese Frage ist so ausführlich zu beantworten, dass sich ein klares Bild des Schadenherganges ergibt.

Was war nach Ihrer Auffassung die Unfallursache? _____

Wer hat den Unfall gesehen? (Namen und Anschriften) _____

Ist ein Protokoll über den Unfall aufgenommen worden? ja nein. Von welcher Stelle? _____

Strafverfahren eingeleitet? ja nein. Gegen wen? _____

Art der Verletzungen? _____

Hat der Unfall eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Verletzten zur Folge gehabt? ja nein

Wenn ja, inwieweit? _____

An welchem Tag hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung begeben? _____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses _____

Voraussichtliche Heildauer nach Ansicht des Arztes _____

War der Verletzte bei Eintritt des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig? ja nein

Falls nein, welche anderweitigen Erkrankungen lagen vor? _____

Haben Sie bereits früher Unfälle erlitten, wenn ja, wann und mit welchen Folgen? _____

Welche Ärzte wurden in den letzten fünf Jahren konsultiert? (Namen und Anschriften sowie Zeitpunkt und Grund)

Wann und Warum? _____

Besteht oder bestand noch anderweitig eine Versicherung gegen Unfälle? ja nein

Anschrift der betreffenden Gesellschaft(en) _____

Vers.-Schein-Nr(n) _____

Vers.-Summen _____

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall? ja nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

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

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, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

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

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten möglicherweise keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Versicherungsfall erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. In diesem Fall werden wir Sie auffordern, die für die Leistungsprüfung erforderlichen Gesundheitsdaten selbst vorzulegen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Leistungsbearbeitung nicht möglich sein wird.

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die ALTE LEIPZIGER Versicherung AG meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Leistungsanspruches erforderlich ist.

2. Weitergabe von Gesundheitsdaten an den Versicherungsnehmer bei Fremdversicherung

Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einer anderen Person als der Versicherungsnehmerin / dem Versicherungsnehmer zustoßen (Fremdversicherung), steht regelmäßig die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern der / dem Versicherungsnehmer(in) zu. Dann ist mit dem / der Versicherungsnehmer(in) zu korrespondieren. Dabei werden Gesundheitsdaten nur so weit genannt, wie dies zur Bearbeitung des gemeldeten Vorgangs erforderlich ist. Ärztliche Berichte, Gutachten etc. werden allein der betroffenen Person ausgehändigt.

Ich willige ein, dass die ALTE LEIPZIGER Versicherung AG (bei Fremdversicherung) meine Gesundheitsdaten an den Versicherungsnehmer übermittelt, soweit dies zur Bearbeitung des gemeldeten Vorgangs erforderlich ist.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Vermittler

Der den Versicherungsvertrag betreuende Vermittler erhält Kopien unserer Schreiben an den Anspruchsberechtigten. Dabei werden Gesundheitsdaten nur so weit genannt, wie dies zur Bearbeitung des gemeldeten Vorgangs erforderlich ist. Ärztliche Berichte, Gutachten etc. werden allein der betroffenen Person ausgehändigt.

Bei Einverständnis mit Ziffer 3. bitte ankreuzen:

Die ALTE LEIPZIGER Versicherung AG darf im beschriebenen Umfang Gesundheitsdaten der versicherten Person an den vertragsbetreuenden Vermittler übermitteln.

_____, den _____

Unterschrift des Verletzten (= Versicherter)

Unterschrift des Versicherungsnehmers