



Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Versicherungsnehmer

Schadennummer

Versicherungsnummer

Telefonnummer (tagsüber)

Mobiltelefon-Nr.

Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten. Einzelheiten hierzu und zu den Folgen einer Verletzung dieser Obliegenheiten finden Sie gesondert am Ende dieser Schadenanzeige.

Wann ereignete sich der Unfall?

Datum (Tag, Monat, Jahr)

Zeit (Std./Min.)

Unfallort

Verletzte Person

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Beruf

Geburtsdatum

Unfallhergang

Genaue Schilderung des Unfallhergangs (wie oder bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit?). Falls notwendig, bitte auf gesondertem Blatt fortfahren.

Zeugen des Unfalls

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Telefonnummer

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Telefonnummer

Hat eine polizeiliche Dienststelle den Unfall festgestellt?

Datum (Tag, Monat, Jahr)

Zeit (Std./Min.)

Anschrift der Polizeidienststelle und Tagebuchnummer

Stand die verletzte Person zurzeit des Unfalls unter Alkoholeinwirkung? Einwirkung von Drogen?

☐ nein

☐ ja

Wurde eine Blutalkoholuntersuchung veranlasst?

☐ nein

☐ ja

Wenn ja, durch wen? Ergebnis:

Welche Körperteile wurden verletzt (welche Diagnose wurde gestellt)?

Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?

☐ nein

☐ ja

Ggf. wie lange? **Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen!**

Schaden-Nr.:

War die/der Verletzte in stationärer Behandlung? ☐ nein ☐ ja

Ggf. wie lange? **Bitte Bestätigung beifügen!**

Wann wurde wegen des Unfalls erstmalig ein Arzt zu Rate gezogen?

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort des behandelnden Arztes

Welche Anordnung hat der Arzt getroffen?

Gehört die/der Verletzte einer Krankenkasse oder Krankenversicherung an? ☐ nein ☐ ja

Krankenkasse, Ort

Versicherungsnummer

Bei welcher anderen Versicherungsgesellschaft oder Berufsgenossenschaft ist die/der Verletzte gegen Unfall versichert?

Gesellschaft, Ort

Versicherungsnummer

Wurde der Unfall diesen Stellen gemeldet? ☐ nein ☐ ja

Hat die/der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? ☐ nein ☐ ja

Wann und welcher Art?

War sie/er zurzeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet? ☐ nein ☐ ja

Art des Leidens/Gebrechens

Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die SV SparkassenVersicherung Gebäudeversicherung AG (im Folgenden SVG genannt) 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 SVG 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 werden müssen.

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

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- ☐ (I) "Ich willige ein, dass die SVG - soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonal sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Dies gilt - sofern ich diese Zusatzleistung vereinbart habe und davon Gebrauch mache - auch für Auskünfte gegenüber der Reha Assist Deutschland GmbH, Karlstraße 9a, 59755 Arnsberg. Die Reha Assist Deutschland GmbH ist im Auftrag der SVG tätig, indem sie medizinische Unterlagen prüft und Begutachtungen koordiniert.

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 10 Jahren vor Stellung des Versicherungsantrages an die SVG oder an die Reha Assist Deutschland GmbH (sofern diese von der SVG beauftragt wurde) übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die SVG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die SVG tätigen weiteren 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.**"

☐ (II) "Ich wünsche, dass mich die SV Sparkassenversicherung informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- entweder in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die SVG oder die Reha Assist Deutschland GmbH einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die SVG oder die Reha Assist Deutschland GmbH zustimme

- 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 Versicherungsantrages beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die SVG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrages vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss."

Datum	Unterschrift der versicherten Person
-------	--------------------------------------

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene/n ab, da sie/er die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
-------	--

Unabhängig von dieser Erklärung habe ich das Recht, einer Datenerhebung durch den Versicherer zu widersprechen, falls ich nicht damit einverstanden bin.

Darüber hinaus kann ich jederzeit verlangen, dass der Versicherer Gesundheitsdaten grundsätzlich nur dann anfordert, wenn ich der jeweiligen Datenerhebung im Einzelfall zugestimmt habe.

Bezieht die/der Verletzte eine Rente?

a) aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wie hoch ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Prozent?

b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung?

☐ nein ☐ ja

Bitte beantworten, wenn sich der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeugs ereignete:

Angaben zum benutzten Kraftfahrzeug

Art des Fahrzeugs	Fabrikat	Fahrzeugidentifikations-Nr.	Amtl. Kennzeichen	Zahl der Sitze einschl. Führersitz
-------------------	----------	-----------------------------	-------------------	------------------------------------

Name, Vorname des Lenkers	Alter des Lenkers	Führerscheinklasse	Führerschein seit wann
---------------------------	-------------------	--------------------	------------------------

Welche Personen befanden sich zurzeit des Unfalls im Fahrzeug?

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Waren Sicherheitsgurte angelegt?

☐ nein ☐ ja

Wurde das Fahrzeug mit Wissen des Halters benutzt?

☐ nein ☐ ja

Zahlung soll erfolgen an

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

IBAN	BIC
------	-----

Geldinstitut, PLZ, Ort

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

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 Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese 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.

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Angaben für mich niederschrieben hat.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
Datum	Unterschrift der versicherten Person (sofern nicht VN)