

Schadenanzeige zur Gothaer Unfallversicherung



per Telefax an

SA201224

Versicherungsnehmer (VN)

Versicherungsnummer _____ Schadennummer _____ Vermittlernummer _____

Titel, Vorname, Name _____

Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

männlich
 weiblich

VN = verletzte Person

Allgemeine Schadendaten

Schadenzeitpunkt am _____ um _____ Uhr **Augenzeugen** nein ja, siehe _____ / _____ / _____. Schadenbeteiligter

Schaden gemeldet am _____ um _____ Uhr

mündlich schriftlich **durch** VN Ehefrau _____ **bei** Vermittler _____

Schadenort (Straße und Hausnummer) _____

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Polizeiliche Aufnahme

nein **Anschriften - Polizei** _____ **Aktenzeichen** _____

- Staatsanwaltschaft _____ unbekannt _____

Angaben zu den Schadenbeteiligten sowie weiteren relevanten Personen / Anschriften

1. Verletzte versicherte Person

Titel, Vorname, Name _____ männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

2. Augenzeuge Arzt (Erstbehandlung) Arzt (Weiterbehandlung) Krankenhaus _____ _____

Titel, Vorname, Name _____ männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

3. Augenzeuge Arzt (Erstbehandlung) Arzt (Weiterbehandlung) Krankenhaus _____ _____

Titel, Vorname, Name _____ männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

4. Augenzeuge Arzt (Erstbehandlung) Arzt (Weiterbehandlung) Krankenhaus _____ _____

Titel, Vorname, Name _____ männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

Weitere Schadenbeteiligte nein ja; bitte entsprechende Angaben auf **gesondertem Blatt** vornehmen und **beifügen**.

Weitere Angaben zur verletzten Person

<input type="text"/>	Geburtsdatum
<input type="text"/>	derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit / Branche / Betriebsart
Unfall aufgrund einer vorher eingetretenen Bewusstseinsstörung zurückzuführen (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall oder aufgrund Alkohol- / Medikamenteneinfluss)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/>
Alkohol- / Medikamenten- / Rauschmitteleinnahme innerhalb der letzten zwölf Stunden vor dem Unfall (Wenn ja, Art und Menge angeben)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/>
Unfall als Lenker eines Fahrzeugs (Wenn ja, Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/> / <input type="text"/>
- Wenn ja, Führerschein gültig (Führerscheinklasse / Fahrzeugart angeben)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Blutalkoholprobe	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis	<input type="text"/> ‰
Besteht oder bestand eine Grunderkrankung oder war ein Gebrechen bekannt (z.B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose, künstliche Gelenke)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/>
- Wenn ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes angeben	
	siehe <input type="text"/> . Schadenbeteiligter
Wurde das jetzt betroffene Körperteil bereits früher behandelt, bzw. bestanden Beschwerden (z.B. Operation, Physiotherapie, Schmerzen, Medikamente)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/>
Wurde für die verletzte Person eine Pflegestufe bewilligt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3	seit <input type="text"/>
Erwerbsunfähigkeits-/Unfallrente (Wenn ja, Grund und % der Erwerbsminderung)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/> / <input type="text"/> %
Frühere Unfälle (Wenn ja, Verletzungsart und Zeitpunkt angeben)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/>
- Wurden dafür Invaliditätsleistungen gewährt (Wenn ja, wann und von welcher Stelle sowie Aktenzeichen angeben)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="text"/>
Abtransport mit Rettungshubschrauber	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Transport in Spezialklinik	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe	<input type="text"/> . Schadenbeteiligter
Arbeitsunfähigkeit	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	<input type="text"/> Wochen
Ambulante Behandlung	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	<input type="text"/> Wochen
Stationäre Behandlung	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	<input type="text"/> Wochen
Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt (ausgefüllt und unterschrieben)	
<input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="text"/>

Angaben zum Unfallhergang und Schadenmaß

- Bitte schildern Sie den Anlass, den Hergang und die Ursache für den Schaden möglichst **eindeutig und umfassend**.
- Sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und eventuelle Skizze beifügen.

Gesondertes Blatt Skizze nein ja
 nein ja

Was wird als **Unfallursache** angenommen?

Welche **Verletzung** ist bei diesem Ereignis entstanden?

Angaben zu weiteren Unfallversicherungen

Wurde der Unfall einem **gesetzlichen Unfallversicherungsträger** gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)? nein ja

Name und Anschrift

Versicherungsnummer

Bestehen für die verletzte Person **weitere private Unfallversicherungen**? (z.B. auch über Arbeitgeber, Kreditkarte oder Sportverein)

Gesellschaft

Versicherungsnummer

Versicherungsbeginn nein ja

Angaben zur Krankenversicherung

Die verletzte Person ist krankenversichert:

gesetzlich privat gesetzlich, mit privater Zusatzversicherung bei

Sonstige Angaben
Konto für die Schadenzahlung

Kontoinhaber (Vorname, Name) falls abweichend

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)

Geldinstitut

Belehrung

Vorsätzlich unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können zum vollständigen Verlust der Versicherungsleistung führen; grob fahrlässig unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können entsprechend der Schwere des Verschuldens eine Kürzung der Versicherungsleistung – ggf. bis hin zu Ihrem vollständigen Verlust – zur Folge haben. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung dieser Obliegenheiten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung nicht für die Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht oder Ihres Umfangs ursächlich war.

Gleiches gilt auch bei Nichtvorlage angeforderter schaden- oder leistungsrelevanter Unterlagen.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Erklärung

Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Hierfür übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person

Allgemeine Einwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Gothaer Allgemeine Versicherung AG (Gothaer) 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 Gothaer 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 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 die Gothaer – soweit es für die 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 Stellung des Versicherungsantrags an die Gothaer übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Gothaer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit für die Gothaer 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 Gothaer 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 Gothaer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von Ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Gothaer 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 Gothaer 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. Für jede Schweigepflichtentbindung im Einzelfall ist die Gothaer berechtigt, für den entstandenen Mehraufwand eine Kostenbeteiligung von 15 EUR mit fälligen Leistungen zu verrechnen.

Bei **Möglichkeit II** entbinde ich schon jetzt von der Schweigepflicht:

Vorname, Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter (externe untersuchende und beratende Ärzte) einzuschalten. Die Gothaer 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 Gothaer 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 Gothaer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiter nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die Gothaer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Die Bescheinigung über dem Krankenhausaufenthalt

liegt bei

folgt

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bei Minderjährigen: Unterschrift(en) des/der gesetzlichen Vertreter(s)

**Bitte
zurück
an**

(falls
per
Telefax
nicht
möglich)

Antwort

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
50598 Köln