Schadenanzeige Unfall

Verlässlich versichert.
Persönlich betreut.

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:

Festnetz: | Handy:

E-Mail:

Vertragsnummer:

Schadennummer:

Bankverbindung des Versicherungsnehmers:

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

1. Angaben zur verletzten Person

Vorname/Name: | Geburtsdatum:

Straße/Haus-Nr.: | Berufliche Tätigkeit:

PLZ/Ort: | ☐ selbstständig ☐ angestellt

Telefonisch erreichbar:

2. Angaben zum Unfall

Unfalldatum: | Uhrzeit: | Unfallort:

☐ Unfall im privaten Bereich ☐ Berufsunfall

Wurde der Unfall einer gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft) gemeldet?

☐ nein ☐ ja, bitte folgende Felder ausfüllen:

Name:

Anschrift:

Detaillierte Schilderung des Unfallherganges mit Hinweis, was als Unfallursache angenommen wird (ggf. auf gesondertem Blatt).

Hat der Verletzte innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen (ggf. Angabe der Art und Menge)? ☐ nein ☐ ja

Wurde eine Blutprobe entnommen? ☐ nein ☐ ja Ergebnis: ‰

Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall, etc.) zurückzuführen? ☐ nein ☐ ja Grund:

Als Fahrzeugführer eines Kraftfahrzeuges: Liegt eine gültige Fahrerlaubnis vor? ☐ nein ☐ ja

Sind behördliche/polizeiliche Feststellungen getroffen worden? ☐ nein ☐ ja, bitte folgende Felder ausfüllen:

Polizeidienststelle/Staatsanwaltschaft: | Aktenzeichen:

Anschrift:

Schadenanzeige Unfall

Verlässlich versichert.
Persönlich betreut.

3. Angaben zu Vorerkrankungen/Vorschädigungen der verletzten Person

Besteht oder bestand eine Grunderkrankung oder war ein Gebrechen bekannt?
(z. B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose, künstliche Gelenke)? ☐ nein ☐ ja, welche?

Bezeichnung:	Seit wann?

Wurde das jetzt betroffene Körperteil bereits früher behandelt, bzw. bestanden Beschwerden?
(z. B. Operation, Physiotherapie, Schmerzen, Medikamente)

☐ nein ☐ ja, und zwar:

Hat der Verletzte anlässlich früherer Unfälle Invaliditätsleistungen erhalten? ☐ nein ☐ ja, bitte folgende Felder ausfüllen:

Von wem?	
Wofür?	Invaliditätsgrad: (z. B. 1/10 Bein)

Erhält oder erhielt der Verletzte eine Rente wegen einer vor dem Unfall entstandenen Behinderung oder Krankheit?

☐ nein ☐ ja, für

Wurde bereits ein Pflegegrad oder eine Pflegestufe bewilligt? ☐ nein ☐ Pflegegrad ☐ Pflegestufe

Wenn ja, für welche/n Pflegestufe/-grad, für welche Ursache und wann?	Pflegestufe /-grad	Ursache	Wann?

Bitte überlassen Sie uns entsprechende medizinische Unterlagen (Gutachten, Berichte usw.)

4. Angaben zu Unfallverletzungen/Unfallbehandlungen

Welche Verletzungen/sonstige Gesundheitsschädigungen sind eingetreten? **Bitte Verletzungs-/Behandlungsnachweis beifügen.**

Name, Anschrift des erstbehandelnden Arztes:	
Behandlung am/vom:	bis:
Name, Anschrift der weiterbehandelnden Ärzte:	
Behandlung am/vom:	bis:
Arbeitsunfähigkeit von (Nachweis befügen):	bis:

Stationäre Behandlung – Bitte ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht beifügen.

Name/Anschrift des Krankenhauses:	
Krankenhausaufenthalt von (Datum, Uhrzeit):	bis (Datum, Uhrzeit):

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen? ☐ ja ☐ nein, voraussichtliches Behandlungsende:

Schadenanzeige Unfall, 12/2020, Vers. 1.04

Schadenanzeige Unfall

Verlässlich versichert.
Persönlich betreut.

5. Angaben zu weiteren Verträgen

Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen?
(z. B. auch über Arbeitgeber, Kreditkarte oder Sportverein) ☐ nein ☐ ja, bitte folgende Felder ausfüllen:

Name:	Versicherungsschein-Nr.:
Anschrift:	Schaden-Nr:
	Versicherte Summen:
Sachbearbeiter:	Telefon:

Besteht eine gesetzliche und/oder private Krankenversicherung? ☐ nein ☐ ja, bitte folgende Felder ausfüllen:

Name:	Versicherungsschein-Nr.:
Anschrift:	

Schlusserklärung

Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen kann von mir nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangt werden, dass ich dem Versicherer und der Verwaltungsgesellschaft Konzept & Marketing GmbH (k+m) jede Auskunft erteile, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfanges der Leistungspflicht erforderlich ist (**Auskunftsobliegenheit**), und die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermögliche, als ich alle Angaben mache, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (**Aufklärungsobliegenheit**). Der Versicherer/k+m können ebenfalls verlangen, dass ich Belege zur Verfügung stelle, soweit es mir zugemutet werden kann.

Mache ich entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stelle ich dem Versicherer/k+m vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verliere ich meinen Anspruch auf die Versicherungsleistung (**Leistungsfreiheit**). Verstoße ich grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliere ich meinen Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer/k+m können die Leistung im Verhältnis zur Schwere meines Ver-schuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweise, dass ich die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt habe.

Trotz Verletzung meiner Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als ich nachweise, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Verletze ich die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird in jedem Fall der Versicherer von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:
Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht mir, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Personenbezogene Daten:
Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch k+m und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte sind im "Merkblatt zur Datenverarbeitung" ersichtlich.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass der mich betreuende Vermittler/Betreuer auch alle Informationen zu dem von mir eingereichten Schadenfall erhält.

☐ Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass der mich betreuende Vermittler/Betreuer auch alle Informationen, **die Gesundheitsdaten enthalten**, zu dem von mir eingereichten Schadenfall erhält.

☐ Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.
(Hinweis: Ihre Angaben müssen der Wahrheit entsprechen, andernfalls ist der Versicherungsschutz gefährdet.)

☐ Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Daten durch k+m und durch den zuständigen Versicherer ein und bestätige die Hinweise zum Datenschutz gelesen zu haben.
(Vor der Übermittlung Ihrer Daten weisen wir Sie gemäß Art. 13 DSGVO auf unsere Informationen zum Datenschutz (nachzulesen in unserer Datenschutzerklärung) und auf die Informationen des zuständigen Versicherers zum Datenschutz (verlinkt auf unserer Homepage www.k-m.info unter der Rubrik Datenschutz) als auch auf Ihr in Art. 7 DSGVO beschriebenes Widerrufsrecht hin. Mit der Übersendung gehen wir davon aus, dass Sie diese Informationen gelesen haben und einverstanden sind.)

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Versicherten (Verletzten)

Schadenanzeige Unfall

Verlässlich versichert.
Persönlich betreut.

6. Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers kann es erforderlich sein, dass die Angaben geprüft werden, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte kreuzen Sie eine der beiden folgenden Varianten an:

☐ Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Mitarbeiter des Versicherers und der Konzept & Marketing GmbH (k+m) selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

k+m wird mich bei einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

☐ Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer/k+m – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung bei der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall ist der Versicherer/k+m berechtigt, eine Kostenbeteiligung von 15 EUR zu verlangen.

Datum	Unterschrift des Versicherten (Verletzten)

Tel: 05 11 - 640 54 0 · Mail: info@k-m.info · Web: www.k-m.info