

Unfallanzeige

für die Unfallversicherung und/oder Insassenunfallversicherung

Versicherungsscheinnummer: 50.412.739.7

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname: Stadtverband der Gartenfreunde Herne Wanne e.V.
Straße/Haus-Nr.: Im Sportpark 25
Postleitzahl/Ort: 44652 Herne
Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: 02325 / 969857
Telefon mobil: _____ E-Mail: info@kleingarten-herne.de

Unfalltag und Uhrzeit

Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____

Angaben zur verletzten Person (Bei mehreren verletzten Personen bitte weitere Unfallanzeigen verwenden)

Name, Vorname: _____
Straße/Haus-Nr.: _____
Postleitzahl/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____

Verletzungen

Verletzte Körperteile: _____

Betroffene Körperseite: _____

Beschreibung der Verletzung / Diagnose: _____

Liegt ein Pflegegrad vor?: ja nein unbekannt

Welcher Pflegegrad bestand **vor** dem Unfall? Pflegegrad _____ seit _____

Welcher Pflegegrad bestand **nach** dem Unfall?
(Bitte Kopie Pflegebescheid beifügen falls vorhanden) Pflegegrad _____ seit _____

Ärztliche Behandlung nach dem Unfall

Welche Behandlungen sind aufgrund des Unfalls erfolgt?

Bitte geben Sie insbesondere an, wo und wann die verletzte Person aufgrund des Unfalls erstmals behandelt wurde.

Erstbehandlung am _____

Name des Erstbehandlers oder Krankenhaus:

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Wurde eine ambulante chirurgische Operation durchgeführt?
(Bitte Kopie vom Operationsbericht beifügen)

ja nein unbekannt

War eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig?
(Bitte Kopie vom Entlassungsbericht beifügen)

ja nein unbekannt

Stationäre Behandlung von _____ bis _____

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit:

von _____ bis _____

Unfallhergang

Wodurch wurde der Unfall verursacht, wie war der Hergang?
(Bitte ausführliche Schilderung)

Art des Unfalls
(bitte zutreffendes ankreuzen)

- Freizeitunfall
- Unfall häuslicher Bereich
- Berufsunfall Arbeitsplatz
- Arbeitswegeunfall
- Unfall Tätigkeit für Haushalt
- Berufsunfall zu Hause
- Unfall beim Einkauf privat
- Unbekannt

Hat sich der Unfall bei der verletzten Person zu Hause ereignet?

ja nein unbekannt

Falls nein, Unfallort (Adresse)

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Land: _____

Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken?

ja nein unbekannt

Falls ja: Welche alkoholischen Getränke wurden in welcher Menge und welchem Zeitraum getrunken?

Welcher Promillewert wurde festgestellt?

_____ Promille

Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel zu sich genommen?

ja nein unbekannt

Polizeidienststelle:

Name: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tagebuchnummer, Aktenzeichen Polizei:

Staatsanwaltschaft:

Name: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Aktenzeichen Staatsanwaltschaft:

Vorerkrankungen/Beruf/Weitere Unfallversicherer

Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen?

ja nein unbekannt

Wenn ja, woran?

Name und Anschrift des Hausarztes der verletzten Person:

Name: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Welchen Beruf übt die verletzte Person aus?

Welche Unfallversicherungen bestehen noch?

Name: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Aktenzeichen Unfallversicherung (Schadensnummer/Vertragsnummer):

Kundenhinweise

- Sind alle Angaben vollständig und zutreffend? Bitte bestätigen Sie dieses durch Ihre Unterschrift unter der Schadenanzeige. Für eine schnelle und unkomplizierte Bearbeitung unterschreiben Sie bitte auch die Schweigepflichtentbindungserklärung. Kreuzen Sie bitte Ihre Auswahl an.

Wichtige Hinweise

Bitte beachten Sie zu den Leistungsvoraussetzungen und Fristen die anliegenden „Wichtigen Hinweise zum Versicherungsschutz in der Unfallversicherung“ (siehe dort Punkt I).

Mit ist bewusst, dass ich verpflichtet bin, wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen. Ein Verstoß gegen diese Obliegenheit kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Über konkrete Folgen eines Verstoßes unterrichten die beigefügten Hinweise (siehe Punkt II der „Wichtigen Hinweise zum Versicherungsschutz in der Unfallversicherung“).

Diese gesonderten Hinweise habe ich erhalten.

Unterschriften

Ort, Datum

Versicherte Person
(ab Vollendung des 18. Lebensjahres, ansonsten der gesetzliche Vertreter)

Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung

für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht
und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Unfall-Schadensnummer:

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Es steht Ihnen frei, diese Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 1.), bei der Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung (unter 2.) und beim Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (unter 3.).

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die LVM Versicherung 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die LVM Versicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärung bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte kreuzen Sie eine der beiden Möglichkeiten an:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die LVM Versicherung – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie 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 LVM Versicherung übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang soweit erforderlich meine Gesundheitsdaten durch die LVM Versicherung an diese Stellen, insbesondere an begutachtende Ärzte, weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LVM Versicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die LVM Versicherung gegebenenfalls Dienstleister (u. a. die Firma Verisk Med GmbH, Mannesmannstraße 5, 50996 Köln) mit der Einholung dieser Daten beauftragt.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten über den Dienstleister an die LVM Versicherung geschickt werden. Insofern entbinde ich die behandelnden Einrichtungen auch gegenüber dem jeweiligen Dienstleister von der Schweigepflicht. Nach Weiterleitung der Unterlagen an die LVM Versicherung werden die Gesundheitsdaten beim Dienstleister unverzüglich gelöscht.

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.

Schadennummer: 2259-017.037/6

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die LVM Versicherung 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 LVM Versicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die LVM Versicherung 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 LVM Versicherung 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 LVM Versicherung 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 LVM Versicherung 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 LVM Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die LVM Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Besurance HIS GmbH, Daimlerring 4, 65205 Wiesbaden, <http://www.besurance-his.de/> betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die LVM Versicherung an das HIS melden. Die LVM Versicherung und andere Versicherer fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die LVM Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die LVM Versicherung 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 Versicherer ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen Versicherern können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Wichtiger Hinweis für den Versicherungsnehmer zur Anmeldung unfallbedingter Dauerfolgen

Die Invalidität muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten, sowie spätestens vor Ablauf dieser Frist ärztlich festgestellt und geltend gemacht worden sein. Andernfalls erlischt ein Anspruch allein durch Fristablauf.

Ort, Datum

Versicherte Person (ab Vollendung des 18 Lebensjahres)
ansonsten der gesetzliche Vertreter