

Unfallanzeige Allgemeine Unfallversicherung Kraftfahrt-Unfallversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

senden Sie uns bitte möglichst kurzfristig diese **Unfallanzeige** sowie die beigefügte **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung** vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Vielen Dank!

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:

Die vereinbarten Versicherungssummen und Leistungsarten sind im Versicherungsschein dokumentiert. Bitte entnehmen Sie die Leistungsvoraussetzungen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB). Sie erhalten hier einen Auszug:

1. a. Invaliditätsleistung (soweit versichert)

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb **eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von **18 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von **18 Monaten** von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

1. b. Unfall-Rente (soweit versichert)

Die Einzelheiten/Fristen der Anspruchsvoraussetzungen für die Unfall-Rente entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Unfallversicherung und Ihrem Versicherungsschein.

Im Übrigen gelten auch hierfür die Fristen für die Invaliditätsleistung.

Bei Fristversäumnis für die ärztliche Feststellung der Invalidität/Unfall-Rente besteht kein Anspruch auf eine Leistung! Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität/Unfall-Rente, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen!

2. Übergangsleistung (soweit versichert)

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt nach Ablauf von 3 bzw. nach 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 100 % bzw. 50 % beeinträchtigt ist, die Beeinträchtigung innerhalb der 3 bzw. 6 Monate ununterbrochen bestanden hat und die Beeinträchtigung spätestens **vier bzw. sieben Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht wird. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Zu den Einzelheiten/Fristen der Anspruchsvoraussetzungen für die Übergangsleistung beachten Sie bitte unbedingt die Bedingungen für die Unfallversicherung und Ihren Versicherungsschein.

Bei Fristversäumnis für die Geltendmachung der Beeinträchtigung kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen!

3. Weitere Leistungen

Beachten Sie bitte bei weiteren versicherten Leistungen (siehe Versicherungsschein) die Anspruchsvoraussetzungen und die in den Bedingungen für die Unfallversicherung vermerkten Fristen.

Dieses Hinweisblatt nehmen Sie bitte zu Ihren Unterlagen.

Bitte senden Sie die Unfallanzeige zurück an:

Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt
Postfach 39 11 43
39135 Magdeburg

Unfallanzeige an die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt

Allgemeine Unfallversicherung

Kraftfahrt-Unfallversicherung

Versicherungsnummer:	
Schadennummer:	
Versicherungsnehmer:	
Telefon, tagsüber (mit Vorwahl):	

Angaben zum Unfall:

Unfalltag _____ Uhrzeit _____ Unfallort (Straße, Nr., Ort) _____

während Freizeit Beruf (auch Haushaltsführung)

Unfallhergang (Bitte detaillierte Schilderung inklusive Unfallursache):

Wurde innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol genossen? nein ja, Menge u. Art _____

Wurden innerhalb der letzten 48 Stunden vor dem Unfall Drogen/Medikamente konsumiert? nein ja, Menge u. Art _____

Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja, _____ ‰

Wurde der Unfall polizeilich gemeldet? nein ja, am _____

Polizeidienststelle/Tagebuch-Nr. _____

Staatsanwaltschaft, Aktenzeichen (soweit bekannt) _____

Zeugen des Unfalls (Namen und Anschriften) _____

Angaben zur verletzten Person:

Sind mehrere Personen verletzt worden? nein ja

(Bitte je weitere Person auf Zusatzblatt beantworten und unterschreiben lassen)

Name und Anschrift der verletzten Person _____

Geburtsstag _____ ausgeübter Beruf _____ Arbeitgeber _____

War die verletzte Person zurzeit des Unfalls angegurtet? nein ja

Art der Verletzungen: _____

Erste ärztliche Versorgung am _____ um (Uhrzeit) _____ Erstbehandelnder Arzt/Krankenhaus (Bitte geben Sie die vollständige Anschrift an) _____

Die Behandlung wird jetzt durchgeführt stationär - bitte Fachklinik/Abt./Arzt angeben _____

ambulant von _____

Ist die verletzte Person durch den Unfall arbeitsunfähig? nein ja, vom _____ bis _____

Unfallbedingte stationäre Behandlung ist erforderlich nein ja, vom _____ bis _____

Eine ärztliche Bescheinigung über stationäre Behandlung } liegt bei wird nachgereicht entfällt, weil nicht versichert
 Arbeitsunfähigkeit
 ambulante OP

Die Heilbehandlung ist abgeschlossen seit _____ noch nicht abgeschlossen, Dauer noch ca. _____ Wochen

Haben bei den Unfallfolgen Erkrankungen oder Gebrechen mitgewirkt? nein ja, folgende _____

War vor dem Unfall die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit nein ja, Grund _____
dauernd beeinträchtigt?

Waren vor dem Unfall Gliedmaßen/Sinnesorgane dauernd in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt? nein ja, folgende _____

In welchem Umfang (% , Bruchteil) _____
 Wurde in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? nein ja

Grund _____

Behandelnder Arzt _____
 (Bitte geben Sie die vollständige Anschrift an)

Bestand vor dem Unfall Pflegebedürftigkeit? nein ja , Pflegegrad _____

Wurde ein Pflegegrad bzw. eine Erhöhung eines bestehenden Pflegegrades beantragt/bewilligt?
 nein ja, beantragt am _____ , bewilligt seit _____ , Pflegegrad: _____

Ist die verletzte Person Mitglied einer Krankenkasse bzw. Krankenversicherung?
 nein ja, Anschrift _____

Liegt ein Arbeitsunfall vor bzw. passierte der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit?
 nein ja, zuständige Berufsgenossenschaft _____

Bestehen bzw. haben in den letzten drei Jahren vor dem Unfall weitere private Unfallversicherungen bestanden?
 nein ja, Versicherungsgesellschaften _____

Versicherungs-/Schadenummer _____

(Bitte geben Sie vollständige Anschriften an)

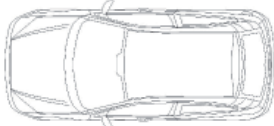
Bei Kfz-Unfällen:

_____ amtliches Kennzeichen _____ Hersteller/Typ _____ Anzahl der Fahrzeuginsassen zum Unfallzeitpunkt _____

War die verletzte Person zur Zeit des Unfalls angegurtert? nein ja

Namen, Anschriften und Geburtsdatum der Fahrzeuginsassen:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

Sitzposition der Insassen (bitte ankreuzen):



War das Fahrzeug verkehrssicher? nein ja

Wurde die Fahrt mit Wissen und Willen des Halters ausgeführt? nein ja

Name und Anschrift des Fahrers _____

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis? nein ja

Klasse _____, Ausstellungs-Datum/-Behörde _____

Entfernte sich der Fahrer unerlaubt vom Unfallort? nein ja

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt an Versicherungsnehmer Sonstige
 (Bitte vollständigen Namen und Anschrift des Kontoinhabers angeben)

Überweisung auf Lastschriftkonto IBAN _____

anderes Überweisungskonto BIC _____

Kreditinstitut _____

Bemerkung der Vertretung:

Vertretungs -Stempel, -nummer und Unterschrift

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung ist vom Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt worden.

Es steht Ihnen frei, die Erklärungen abzugeben. Ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist die Leistungsfallprüfung regelmäßig jedoch nicht möglich. Sie haben das Recht, Ihre Erklärungen jederzeit zu widerrufen. Bisherige Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir, die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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. Darüber hinaus kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns 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 Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt - soweit es 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 diesen Zweck 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 Antragstellung an die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt 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 Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt in jedem Einzelfall 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 Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Öffentlichen Feuerversicherung Sachsen-Anhalt

Die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen 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 Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt 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 Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Vermittlung, Organisation und Regulierung von Assistance-Leistungen oder telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist nachfolgend angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch über unsere E-Mail-Adresse Service.Magdeburg@oesa.de angefordert oder über www.oesa.de eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der genannten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Liste der übertragenen Aufgaben:

Unternehmen	Kategorie	Aufgaben
Deutsche Assistance Service GmbH	Dienstleister	Vermittlung, Organisation und Regulierung vertraglich vereinbarter Assistance-Leistungen
		Umsetzung vertraglich vereinbarter Informations-, Benennungs- und Vermittlungsleistungen

2.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, schalten wir Rückversicherungen ein, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ich versichere alle Angaben wahrheitsgetreu nach bestem Wissen gemacht zu haben. **Über die Konsequenzen einer grob fahrlässigen, vorsätzlich falschen oder gar arglistigen Beantwortung der Fragen unterrichtet die beigefügte „Mitteilung über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall“.** Im Übrigen bestätige ich hiermit, dass ich die Hinweise zum Versicherungsschutz meiner Unfallversicherung erhalten habe.

Die notwendigen Erklärungen innerhalb der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ habe ich selbst abgegeben.

Datum Unterschrift Versicherungsnehmer(in) _____

Unterschrift Verletzte Person (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) _____

**Mitteilung über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall
(siehe § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrte Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlagen 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 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, zur 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, zur Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.