

## Schadenanzeige für Unfallschäden

Versicherungs-Nr.: **0523-**

Telefonnummer:

Öffentliche Versicherungen Oldenburg · 26113 Oldenburg

Schadentag:
Uhrzeit:
Unfallort:
Schaden-Nr.:

**Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,**

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

**Dieses Hinweisblatt nehmen Sie bitte zu Ihren Unterlagen.**

### **Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:**

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungen ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Vertrag zu Grunde liegenden Bedingungen für die Unfallversicherung, die Sie zusammen mit dem Versicherungsschein erhalten haben.

#### **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.

Allgemeine Unfallversicherung Kraftfahrt-Unfallversicherung**Unfall während** Freizeit

Schadentag: \_\_\_\_\_

 Beruf (auch Haushaltsführung)

Unfallort und -zeit: \_\_\_\_\_

**Unfallhergang** (Bitte detaillierte Schilderung inklusive Schadenursache)

---



---



---

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, Ergebnis der Blutprobe \_\_\_\_\_ ‰**Wurde der Schaden 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 angestuft?  nein  ja

Art der Verletzungen

---



---

Erste ärztliche Versorgung am \_\_\_\_\_ 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 Krankenhausbehandlung ist erforderlich  nein  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Eine ärztliche Bescheinigung über  stationäre Behandlung  Arbeitsunfähigkeit  ambulante OP liegt bei  wird nachgereicht  entfällt, weil nicht versichertDie Heilbehandlung ist  abgeschlossen seit \_\_\_\_\_  noch nicht abgeschlossen, Dauer noch ca. \_\_\_\_\_ Wochen

Haben bei den Unfallfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt?

 nein  ja, folgende \_\_\_\_\_War vor dem Unfall die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit **dauernd** beeinträchtigt? nein  ja, Grund \_\_\_\_\_

Waren vor dem Unfall Gliedmaßen/Sinnesorgane **dauernd** in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt?

nein  ja, folgende \_\_\_\_\_

In welchem Umfang (% , Bruchteil)? \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten 5 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 Pflegegrades beantragt / bewilligt?  nein  ja, beantragt

am \_\_\_\_\_, bewilligt seit \_\_\_\_\_, Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte 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:

(Bitte geben Sie die vollständigen Anschriften an.) \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer/Schadensnummer \_\_\_\_\_

#### Bei KFZ-Unfällen

amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_ Hersteller/Typ \_\_\_\_\_ Anzahl der Fahrzeuginsassen zum Unfallzeitpunkt \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Ausst.-Datum/-behörde \_\_\_\_\_

Entfernte sich der Fahrer unerlaubt vom Unfallort?  nein  ja

Namen, Anschriften und Geburtsdaten der Fahrzeuginsassen

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt an  Versicherungsnehmer  Sonstige \_\_\_\_\_

(bitte vollständigen Namen und Anschrift des Kontoinhabers angeben)

Überweisung auf Lastschriftkonto IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

anderes Überweisungskonto IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

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 Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.** Im Übrigen bestätige ich hiermit, dass ich die Hinweise zum Versicherungsschutz meiner Unfallversicherung erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer(in)  
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verletzte Person  
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

### 1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 1.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Oldenburgische Landesbrandkasse, im Folgenden OLBK genannt, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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 OLBK 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 Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen und können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die OLBK - 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 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 Antragstellung an die OLBK übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die OLBK an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die OLBK 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 OLBK 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 OLBK einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die OLBK 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 OLBK 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.

#### 1.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Auch dafür benötigen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

**Erklärungen für den Fall meines Todes:**

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 1.1. - Möglichkeit I).

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der OLBK

Die OLBK 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. Die OLBK 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 OLBK 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 OLBK zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die OLBK tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die OLBK führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Vermittlung von Assistance-Leistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die OLBK Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die OLBK führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die OLBK erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gülti-

ge Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.oeffentlicheoldenburg.de](http://www.oeffentlicheoldenburg.de) eingesehen oder bei den Öffentlichen Versicherungen Oldenburg, Staugraben 11, 26122 Oldenburg, Telefonnummer: (0441) 2228-0, E-Mail: [info@oeffentlicheoldenburg.de](mailto:info@oeffentlicheoldenburg.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die OLBK Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die OLBK 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 OLBK dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der OLBK und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 2.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die OLBK Rückversicherungen einschalten, 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 die OLBK Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die OLBK 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 die OLBK das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift des  
Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
der verletzten Person (bei Vorliegen der  
erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühes-  
tens ab Vollendung des 16. Lebensjah-  
res)

\_\_\_\_\_  
des gesetzlichen Vertreters

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 OLBK tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 2.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem(HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Leistungsfall-einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die OLBK an das HIS melden. Die OLBK und andere Versicherungen 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 OLBK Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die OLBK tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

**Übersicht über die Kategorien und die wichtigsten von der Oldenburgischen Landesbrandkasse beauftragten Dienstleister gemäß Ziffer 2.2. der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Kategorie	Firmenbezeichnung	Tätigkeit
Allgemeine Dienstleistungen	Fa. Heine GmbH & Co. KG	Vernichtung von Datenträgern und Akten
	Lager 3000 GmbH	Aktenvernichtung
	Deutsche Post Geschäftsprozesse GmbH	Postausgangsbearbeitung
	Freesort GmbH	Postausgangsbearbeitung
IT-Dienstleister	iVV GmbH	EDV-Leistungen
	Finanz Informatik GmbH & Co.KG	EDV-Leistungen
Versicherungsspezifische Dienstleistungen	Deutsche Assistance Service GmbH	Regulierung von Assistance-Leistungen
	Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg	Risikoprüfung

**Mitteilung nach § 28 Abs. 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 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 Obliegenheiten 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.

## So gehen wir vor ...

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie möchten einen Unfall zu Ihrer privaten Unfallversicherung melden. Wir möchten Ihren Anspruch sorgfältig und schnell prüfen. Hier informieren wir Sie über den Ablauf unserer Leistungsprüfung, damit Sie wissen, wie wir vorgehen und was Sie dazu beitragen können.

### Schritt 1: Die Schadenanzeige

Wir benötigen eine vollständig von Ihnen ausgefüllte und (auch von der verletzten Person) unterschriebene Schadenmeldung sowie die Schweigepflichtentbindungserklärung. Besonders wichtig ist uns eine ausführliche Schadenschilderung einschließlich der Schadenursache (z. B. warum sind Sie gestürzt? Stolpern, Schwindel, etc.).

### Schritt 2: Prüfung der Leistungsansprüche

Als Nachweis über die erlittenen Unfallverletzungen benötigen wir ein ärztliches Attest/ einen Befundbericht, den Operationsbericht oder den Krankenhausentlassungsbericht, aus dem die gestellte Diagnose hervorgeht.

Sofern wir für die Leistungsprüfung Anfragen bei den behandelnden Ärzten stellen oder Einsicht in die polizeiliche Ermittlungsakte nehmen, kann dies mit längeren Antwortzeiten verbunden sein. Vor jeder Anfrage informieren wir Sie rechtzeitig. Leider haben wir auf die Antwortzeiten der Ärzte keinen Einfluss. Sofern wir den angeforderten Arztbericht nicht zeitnah erhalten sollten, werden wir unaufgefordert erinnern. Aus der Erfahrung heraus ist es häufig hilfreich, wenn Sie den behandelnden Arzt auch selbst erinnern. Sobald uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, prüfen wir diese und teilen Ihnen unsere Entscheidung innerhalb von einem Monat mit.

### Überblick über einige mögliche sofort fällige Leistungsarten:

Bitte vergleichen Sie hierzu die Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB).

- **Leistungen bei stationären Behandlungen (falls vertraglich vereinbart)**
  - **Krankenhaustagegeld**  
Die Leistung erfolgt für die Dauer der vollstationären Krankenhausheilbehandlung, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
  - **Doppeltes Krankenhaustagegeld (ab AUB 2011)**  
Ab dem vierten Tag der stationären Krankenhausheilbehandlung erhalten Sie die doppelte Summe des versicherten Krankenhaustagegeldes.
  - **Genesungsgeld (bis AUB 2008)**  
Das Genesungsgeld wird nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für die Dauer der stationären Behandlung in Höhe des Krankenhaustagegeldes gezahlt. (für max. 100 Tage)
  - **Genesungsgeld (bis AUB 1994)**  
Das Genesungsgeld wird nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für die Dauer der stationären Behandlung in Höhe des Krankenhaustagegeldes gezahlt. (gestaffelt, für max. 100 Tage)
- **Sofortleistung bei Frakturen/ Bänderrissen (falls vertraglich vereinbart)**  
Voraussetzung ist ein vollständiger Bruch eines Knochens oder eine vollständige Zerreißung eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel.
- **Leistungen bei ambulanter Operation (falls vertraglich vereinbart)**  
Wir leisten für ambulante Operationen, die unter Vollnarkose oder Leitungs- bzw. Rückenmarksanästhesie durchgeführt wurden, drei Tagessätze eines versicherten Krankenhaustagegeldes.
- **Tagegeld (falls vertraglich vereinbart)**  
Im Falle einer unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zahlen wir für die Dauer der ärztlichen Behandlung das versicherte Tagegeld (maximal bis zum Ablauf des 1. Unfalljahres). Hierbei wird der ärztlich festgestellte Grad der Beeinträchtigung berücksichtigt.

### Schritt 3: Dauernde Unfallfolgen (Invalidität)

Falls dauerhafte Unfallfolgen eintreten sollten, bitten wir um Beachtung der in der Schadenanzeige für Unfallschäden und in den AUB genannten Fristen, da nach Ablauf der Fristen kein Anspruch mehr auf die Invaliditätsleistung/Unfall-Rente besteht. Wird eine Invalidität von Ihnen angemeldet, erhalten Sie von uns einen Vordruck für eine ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung von unfallbedingten Dauerfolgen. Im Invaliditätsfall werden wir Sie über den Ablauf unserer weiteren Leistungsbearbeitung informieren, damit Sie wissen, wie wir vorgehen und wie Sie zu einer zügigen Leistungsprüfung beitragen können.

**Wir hoffen, dass wir Ihnen einen kleinen Überblick verschaffen konnten. Haben Sie Fragen? Dann rufen Sie uns bitte an – wir helfen Ihnen gern.**