

# 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
<b>Unfall aufgrund einer vorher eingetretenen Bewusstseinsstörung</b> (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall oder aufgrund Alkohol- / Medikamenteneinfluss)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
<b>Alkohol- / Medikamenten- / Rauschmitteleinnahme</b> innerhalb der letzten zwölf Stunden vor dem Unfall (Wenn ja, Art und Menge angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
<b>Unfall als Lenker eines Fahrzeugs</b> (Wenn ja, Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ / _____
- Wenn ja, <b>Führerschein gültig</b> (Führerscheinklasse / Fahrzeugart angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ / _____
<b>Blutalkoholprobe</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis _____ ‰
Besteht oder bestand eine <b>Grunderkrankung</b> oder war ein <b>Gebrechen</b> bekannt (z.B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose, künstliche Gelenke)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
- 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 _____
Wurde für die verletzte Person ein Pflegegrad bewilligt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5
	seit _____ (bitte Kopie des Pflegebescheids beifügen)
<b>Erwerbsunfähigkeits-/Unfallrente</b> (Wenn ja, Grund und % der Erwerbsminderung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ / _____ %
<b>Frühere Unfälle</b> (Wenn ja, Verletzungsart und Zeitpunkt angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
- Wurden dafür <b>Invaliditätsleistungen</b> gewährt (Wenn ja, wann und von welcher Stelle sowie Aktenzeichen angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
<b>Abtransport mit Rettungshubschrauber</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Transport in Spezialklinik</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe <input type="text"/> . Schadenbeteiligter
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input type="text"/> Wochen
<b>Ambulante Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input type="text"/> Wochen
<b>Stationäre Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input type="text"/> Wochen
<b>Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt</b> (ausgefüllt und unterschrieben)	<input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/> liegt bei

**Angaben zum Unfallhergang und Schaden ausmaß**

- 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)  nein  ja

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_

**Angaben zur Krankenversicherung**

Die verletzte Person ist krankenversichert:

gesetzlich  privat  gesetzlich, mit privater Zusatzversicherung bei \_\_\_\_\_

**Sonstige Angaben**
**Konto für die Schadenauszahlung**

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 Aufklärungsobligationen 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