

Unfall Schadenanzeige

USF-300 02.26

An die
uniVersa
Allgemeine Versicherung AG
AV-Schaden
90333 Nürnberg

Versicherungsnummer

Schadensnummer

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

versicherte Person:

Zuname

Vorname

Angaben zum Unfallereignis

Wann hat sich der Unfall ereignet? Uhrzeit:

Wo hat sich der Unfall ereignet (Adresse)?

Handelt es sich um einen ☐ Berufsunfall ☐ Schulunfall ☐ Unfall auf dem Weg zur Arbeit/Schule ☐ sonstiger Unfall?

Wann wurde der Unfall erstmals gemeldet? Bei wem?

Angaben zur verletzten Person

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers Titel Geburtsdatum

Zuname Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

ausgeübter Beruf

Angaben zur Ursache und zum Hergang des Unfalls

(Bitte schildern Sie ausführlich die Umstände, die zu dem Unfall geführt haben. Bei Stürzen nennen Sie bitte Grund und Ursache des Sturzes.)

Unfall Schadenanzeige

USF-300 02.26

Versicherungsnummer

Schadensnummer

Polizei

Wurde der Unfall/Schaden von der Polizei aufgenommen?

☐ nein

☐ ja

Dienststelle:

Aktenzeichen/Tagebuch-Nr.:

Zeugen

Welche Augenzeugen des Unfalls können Sie nennen?

Name:

Anschrift:

Weitere Angaben

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

☐ nein

☐ ja

Wenn ja: Wann, was und in welchen Mengen?

Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen?

☐ nein

☐ ja

Wenn ja: Ergebnis

 %

Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?

☐ nein

☐ ja

Wenn ja: Art der Medikamente bzw. Rauschmittel?

War die Ursache für den Unfall eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall oder dergleichen)?

☐ nein

☐ ja

Wenn ja: Welche Art Bewusstseinsstörung?

Angaben zu den Unfallfolgen und deren Behandlung

Was haben Sie sich verletzt?

Welche Verletzungen haben Sie (Bruch, Prellungen, etc)?

Wann und durch wen erfolgte die erste ärztliche Hilfe?

Datum

Name und Anschrift des Arztes

Waren Sie deshalb im Krankenhaus?

Aufnahmetag

Entlassungstag

Namen und Anschrift des Krankenhauses?

Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit?

von

bis

Bei welchen Ärzten waren/sind Sie noch in Behandlung?

Angaben über Vorerkrankungen/frühere Unfälle

1. Welche Medikamenten nehmen Sie regelmäßig ein?

2. Leidet die verletzte Person an:

- Diabetes? ☐ nein ☐ ja, seit

- Osteoporose? ☐ nein ☐ ja, seit

- der Bluterkrankheit? ☐ nein ☐ ja, seit

- einer vorgeschädigten Hüfte? ☐ nein ☐ ja, seit

Unfall Schadenanzeige

USF-300 02.26

Versicherungsnummer

Schadennummer

Angaben über Vorerkrankungen/frühere Unfälle (Fortsetzung)

3. Hatte die verletzte Person in den letzten 5 Jahren Unfälle? ☐ nein ☐ ja
(Bitte Verletzung und Unfalljahr angeben)
4. Bezieht bzw. bezog die verletzte Person eine Rente? ☐ nein ☐ ja, und zwar von:
5. Besteht für die verletzte Person ein Pflegegrad oder wurde dieser beantragt? ☐ nein ☐ ja, seit:
(Bitte Schriftwechsel/Bescheide beifügen)
6. Hatte die verletzte Person bereits Verletzungen/Beschwerden an den jetzt betroffenen Körperregionen/-stellen?
☐ nein ☐ ja, und zwar:
7. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder wurde eine solche beantragt?
☐ nein ☐ ja (Bitte Schriftwechsel/Bescheide beifügen)

Angaben über weitere Versicherungen

- Besteht oder bestanden für die verletzte Person noch weitere Unfallversicherungen? ☐ nein ☐ ja, und zwar bei:
- | Versicherungsgesellschaft(en) | Versicherungsnummer(n) |
|---|------------------------|
| Besteht der Vertrag noch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Die Unfallversicherung wurde vom <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer (Kunde) gekündigt | |
| Besteht eine private Krankenversicherung (auch Zusatz- bzw. Tagegeldversicherung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei: | |
| Versicherungsgesellschaft(en) | Versicherungsnummer(n) |

Überweisung der Entschädigung an:


Kontoinhaber

Zuname/Firmenname Vorname

Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

IBAN

D E

Ort Datum  Unterschrift/en Kontoinhaber (Vor- u. Zuname, bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)

USF-300 02.26

Versicherungsnummer**Schadennummer**

Wichtige Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.

Auskunfts- und Aufklärungspflichten, 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 (Auskunftsobliegenheit), 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, 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.

Ort

Datum

X

Unterschrift Versicherungsnehmer

Bitte beachten Sie auch unsere nachfolgenden Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten:

Wir möchten Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zustehenden Rechte informieren. Diese Informationen können Sie im Internet, in der jeweils aktuellen Fassung, unter www.universa.de/ds-info abrufen oder in Papierform bei uns anfordern. Bitte informieren Sie auch weitere von der Datenverarbeitung betroffene Personen entsprechend.

Unfall Schadenanzeige

USF-300 02.26

Versicherungsnummer

Schadennummer

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse im beigefügten Schreiben zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Durchführung des Vorganges in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften erhalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die uniVersa Allgemeine Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die uniVersa Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die uniVersa Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistenzdienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung, oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der uniVersa Allgemeine Versicherung AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die uniVersa Allgemeine Versicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der uniVersa Allgemeine Versicherung AG (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die uniVersa Allgemeine Versicherung AG

Ich willige ein, dass die uniVersa Allgemeine Versicherung AG die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die uniVersa Allgemeine Versicherung AG 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 uniVersa Allgemeine Versicherung AG 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 und kreuzen Sie entsprechend an:

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die uniVersa Allgemeine Versicherung AG – 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 Stellung des Versicherungsantrags an die uniVersa Allgemeine Versicherung AG übermittelt werden.

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

