Schadenanzeige zur Gothaer Unfallversicherung

Gothaer

per Telefax an

SA201224

Versicherungsnehmer (VN)

Versicherungsnummer | **Schadennummer** | Vermittlernummer

Titel, Vorname, Name — ☐ männlich ☐ weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

Staat | Postleitzahl | Ort — ☐ **VN = verletzte Person**

Telefonnummer (tagsüber) | Telefaxnummer | E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift)

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

Geburtsdatum

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit / Branche / Betriebsart

Unfall aufgrund einer **vorher eingetretenen Bewusstseinsstörung** zurückzuführen (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall oder aufgrund Alkohol- / Medikamenteneinfluss)	☐ nein ☐ ja, und zwar	
Alkohol- / Medikamenten- / Rauschmitteleinnahme innerhalb der letzten zwölf Stunden vor dem Unfall (Wenn ja, Art und Menge angeben)	☐ nein ☐ ja, und zwar	
Unfall als Lenker eines Fahrzeugs (Wenn ja, Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben)	☐ nein ☐ ja, und zwar	/
- Wenn ja, **Führerschein gültig** (Führerscheinklasse / Fahrzeugart angeben)	☐ nein ☐ ja, und zwar	/
Blutalkoholprobe	☐ nein ☐ ja, Ergebnis	‰
Besteht oder bestand eine **Grunderkrankung** oder war ein **Gebrechen** bekannt (z.B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose, künstliche Gelenke)	☐ nein ☐ ja, und zwar	
- Wenn ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes angeben	siehe	. Schadenbeteiligter
Wurde das jetzt betroffene Körperteil bereits früher behandelt, bzw. bestanden Beschwerden (z.B. Operation, Physiotherapie, Schmerzen, Medikamente)?	☐ nein ☐ ja, und zwar	
Erwerbsunfähigkeits-/Unfallrente (Wenn ja, Grund und % der Erwerbsminderung)	☐ nein ☐ ja, und zwar	/ %
Frühere Unfälle (Wenn ja, Verletzungsart und Zeitpunkt angeben)	☐ nein ☐ ja, und zwar	
- Wurden dafür **Invaliditätsleistungen** gewährt (Wenn ja, wann und von welcher Stelle sowie Aktenzeichen angeben)	☐ nein ☐ ja, und zwar	
Abtransport mit Rettungshubschrauber	☐ nein ☐ ja	
Transport in Spezialklinik	☐ nein ☐ ja, siehe	. Schadenbeteiligter
Arbeitsunfähigkeit	☐ nein ☐ ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
Ambulante Behandlung	☐ nein ☐ ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
Stationäre Behandlung	☐ nein ☐ ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt (ausgefüllt und unterschrieben)	☐ folgt ☐ liegt bei	

Angaben zum Unfallhergang und Schadenausmaß

- 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 ☐ nein ☐ ja

Skizze ☐ 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

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verantwortlichkeit/Obliegenheiten

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. Mir ist bekannt, dass vorsätzlich unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben zum vollständigen Verlust der Versicherungsleistung führen können; 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 ich nachweise, dass ich die Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt habe. Trotz Verletzung dieser Obliegenheiten bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als ich nachweise, 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.

Schweigepflichtentbindung

Zur Beurteilung der Leistungspflicht der Gothaer Allgemeine Versicherung AG (kurz Gothaer) kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte **kreuzen Sie eine** der beiden folgenden **Varianten an**.

- **generelle Entbindung**

☐ Zu diesem Zweck **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.
Die Mitarbeiter der Gothaer selbst **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden .
Die Gothaer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

- **Entbindung im Einzelfall**

☐ Die vorstehende Erklärung möchte ich **nicht abgeben**. **Ich wünsche**, dass mich die Gothaer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung bei der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende **Schweigepflichtentbindung im Einzelfall** ist die Gothaer berechtigt, eine **Kostenbeteiligung von 15 Euro** zu verlangen.

Unterschriften

Ort, Datum	**Vermittler**	**Versicherte Person** (**bei Minderjährigen**: Gesetzlicher Vertreter)	**Versicherungsnehmer**

Bitte Rückseite beachten!

Bitte zurück an

(falls per Telefax nicht möglich)

Antwort

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
50598 Köln