

Bitte Belege, Verletzungs- und Behandlungsnachweise (z.B. Kopie des ärztlichen Befund-/Behandlungsberichtes, ggf. des Entlassungsberichtes des Krankenhauses) beifügen und vollständig ausgefüllt und unterschrieben an:



DA Deutsche Allgemeine Versicherung
Aktiengesellschaft
Unfallschaden
61434 Frankfurt am Main

Die Unfallschadenabteilung erreichen Sie unter der Servicenummer
Telefon: 0221 7715-5050
Fax: 0221 7715-5127
E-Mail: unfallschaden@zurich.com

Unfallanzeige

Schadennummer (Bitte stets angeben)

Versicherungsscheinnummer

1. Angaben zum Versicherungsnehmer

1.1 Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon tagsüber:

Telefax:

Telefon abends:

E-Mail:

Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):

2. Angaben zur verletzten Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird

2.1 Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon tagsüber:

Telefax:

Telefon abends:

E-Mail:

2.2 Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):

Berufstätigkeit:

Arbeitgeber (mit Anschrift der Arbeitsstätte):

2.3 Krankenversicherung besteht bei (mit Anschrift und Versicherungsnummer):

2.4 Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen (ggf. über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaft etc.)?

Nein

Ja, und zwar (bitte mit Anschrift und Versicherungs- oder Bearbeitungsnummer):

3. Angaben zum Unfall

3.1 Unfalldatum, Uhrzeit:

Unfalldatum:

Uhrzeit:

Unfallort (ggf. mit vollständiger Anschrift):

Nähere Beschreibung des Unfallortes
(z. B. Büro, Werkstatt etc.):

3.2 Unfallhergang:

Unfallursache:
(aus der Schilderung muss sich ein
deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf.
bitte auf gesondertem Blatt fortführen):

3.3 Arbeitsunfall?

Nein Ja

Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeits-
oder Ausbildungsstätte?

Nein Ja

3.4 Wird/wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft
oder einem anderen Träger der gesetzlichen
Unfallversicherung gemeldet?

Nein Ja, und zwar (bitte Namen, Anschrift und –soweit bekannt–
Aktenzeichen angeben):

3.5 Behördliche Unfallaufnahme
(z. B. Polizei, Gewerbeaufsicht)?

Nein Ja, und zwar (bitte Behörde, Anschrift, Telefonnummer und
Aktenzeichen angeben):

3.6 Augenzeugen des Unfalles
(bitte möglichst mit vollständiger
Anschrift):

3.7 Alkoholgenuss oder Einnahme von Drogen
oder Medikamenten 12 Stunden vor dem
Unfall?

Nein Ja, und zwar (Art und Menge):

Blutprobenentnahme?

Nein Ja, Ergebnis: _____ Promille

4. Fragen zu den Unfallfolgen und zur Unfallbehandlung

4.1 Verletzter Körperteil und
Art der Verletzung:

4.2 Erfolgte eine stationäre
Unfallbehandlung?

Nein Ja, vom _____ bis _____

4.3 Erstmalige Unfallbehandlung
(Name und Anschrift des
Arztes/Krankenhauses):

Behandlungsbeginn: _____ Behandlungsende: _____

4.4 Weitere Unfallbehandlungen
(Namen und Anschriften aller weiteren in
Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser):

Behandlungsbeginn: _____ Behandlungsende: _____

Behandlungsbeginn: _____ Behandlungsende: _____

Behandlungsbeginn: _____ Behandlungsende: _____

5. Fragen zur Vorerkrankung und Vorunfällen der verletzten Person

5.1 Lagen zur Zeit des Unfalles Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor?

Nein, die verletzte Person war völlig gesund

Ja, folgende:

Resultiert daraus eine Invalidität, Rente, Pflegegrad oder Arbeitsunfähigkeit?

Nein

Ja, ggf. Grad der Behinderung

%

Pflegegrad

seit:

(Bitte ggf. Kopie des Bescheides beifügen)

5.2 Von welchen Ärzten ist die verletzte Person in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall behandelt worden?

5.3 Frühere Unfälle der verletzten Person?

Nein

Ja, und zwar (bitte Unfalldatum und betroffenes Körperteil sowie die Art der Verletzung angeben):

6. Fragen bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

6.1 Kraftfahrzeugart:

PKW

Moped

LKW

Mofa

Motorrad/roller

sonstiges:

Amtliches Kennzeichen:

Fahrgestell-Nr. (FIN):

6.2 Fahrer:

Führerscheinklasse:

Fahrerlaubnis entzogen?

Ja

Nein

6.3 War die verletzte Person gem. Ziff 2. dieses Fragebogens ordnungsgemäß angegurtet?

Ja

Nein

6.4 Fahrzeughalter:

Wie viel Insassen hatte das Unfallfahrzeug?

6.5 Namen und Anschriften aller Insassen:

7. Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen

IBAN

Name des Kreditinstituts

BIC

Kontoinhaber (Vorname und Name)

IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer 22 Stellen lang

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

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns 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 uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung 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 zur Beschaffung 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 zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der versicherten Person

Einwilligung und Schweigepflichtenbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Unfall/Schadenfall vom _____

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die DA Direkt 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 DA Direkt benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung 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 DA Direkt – 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 DA Direkt übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die DA Direkt an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die DA Direkt 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. Außerdem werde ich darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die DA Direkt 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 DA Direkt einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die DA Direkt 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 bis zu fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die DA Direkt 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.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die DA Direkt 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 DA Direkt 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 DA Direkt zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DA Direkt tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die DA Direkt an das HIS melden. Die DA Direkt 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 Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die DA Direkt Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für DA Direkt tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der versicherten Person