



R 75

Unfallanzeige

Schadensnummer: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

Die folgenden Fragen sind vom Verletzten bzw. von den Hinterbliebenen **vollständig** und **wahrheitsgemäß** zu beantworten. Striche oder sonstige Zeichen genügen nicht.

Fragen der Gesellschaft	Antwort des Verletzten bzw. seiner Hinterbliebenen
-------------------------	--

1 Angaben zur Person des Verletzten

- | | |
|---|--|
| a) Wer erlitt den Unfall? | a) Name: _____ Vorname: _____ |
| b) Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort | b) Anschrift: _____ |
| c) Geburtsdatum, Familienstand, Telefon | c) Geb. am: _____ Familienstand: _____
Tel. tagsüber, Vorwahl: _____ Ruf-Nr.: _____ |
| d) Welchen Beruf übte der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles aus? | d) Beruf: _____
_____ |

2 Angaben zum Unfallhergang

(Bitte beachten Sie hierzu Blatt 3)

- | | |
|--|--|
| a) Wann ereignete sich der Unfall? | a) Am _____ 20 _____, um _____ Uhr (24-Stunden-Zeit) |
| b) Handelt es sich um einen Arbeits- oder Freizeitunfall? | b) _____ |
| c) Wo ereignete sich der Unfall?
<small>(Genauere Ortsangabe, evtl. Anschrift des Betriebes)</small> | c) _____
_____ |
| d) Wie ereignete sich der Unfall und warum ? Schildern Sie bitte das Unfallereignis genau und geben Sie auch seine Ursache an.
<small>(Falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein gesondertes Blatt verwenden)</small> | |

- | | |
|--|--|
| e) Nahm der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welcher Art und in welcher Menge? | e) _____
_____ |
| f) Wurde eine Blutprobe entnommen? Welcher Blutalkoholgehalt (in ‰) wurde festgestellt? | f) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein; Blutalkoholgehalt: _____ |
| g) Führte der Verletzte bei Eintritt des Unfalls ein Fahrzeug? Welcher Art? Amtl. Kennzeichen? | g) _____ |
| h) Besaß er den erforderlichen Führerschein? | h) _____ |
| i) Welche Personen waren Zeugen des Unfalls? | i) _____ |
| j) Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? | j) _____ Tagebuch-Nr.: _____ |
| k) Welche Staatsanwaltschaft hat Ermittlungen angestellt? | k) _____ Aktenzeichen: _____
_____ |

3 Angaben zu den Unfallfolgen

- | | |
|--|---|
| a) Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten? (Art, Körperteil, Sinnesorgan) | a) _____ |
| b) Wann und von welchem Arzt wurde er deswegen zum ersten Mal behandelt? | b) Datum: _____ Uhrzeit: _____ Name des Arztes: _____
Anschrift: _____ |
| c) Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus: Wann erfolgte die Aufnahme bzw. die Entlassung? | c) Aufnahme-tag: _____ Entlassungstag: _____
Name der Klinik: _____ |
| d) Ist die ärztliche Behandlung bereits abgeschlossen? Wenn ja, seit wann? | d) _____ |
| e) Bleiben von dem Unfall voraussichtlich dauernde Gesundheitsschäden zurück? Wenn ja, welcher Art? | e) _____
_____ |

4 Angaben zum Gesundheitszustand vor dem Unfall

- a) War der Versicherte **vor dem Unfall** gesund? a) _____
- b) War er **vor dem Unfall** voll arbeitsfähig? b) _____
- c) War er im Gebrauch seiner Gliedmaßen oder Sinnesorgane beeinträchtigt? Inwiefern? c) _____
- d) Welche sonstigen Krankheiten oder Gebrechen lagen vor? d) _____
- e) War er geisteskrank, litt er an Epilepsie oder an einem schweren Nervenleiden?
Genau Bezeichnung der Erkrankung angeben! e) _____
- f) War er infolge Krankheiten und/oder Gebrechen dauernd erwerbsunfähig bzw. pflegebedürftig?
Seit **wann** bestand **welche** Pflegestufe? f) _____
Seit _____ Pflegestufe (I, II oder III): _____
- g) Von welchen Ärzten wurde der Versicherte in den letzten 5 Jahren behandelt?
Wann und Warum? g) Name / Anschrift: _____
- h) Bezog der Versicherte eine Rente?
Wenn ja, welcher Art? Seit wann? Von wem?
(LVA/BfA/Berufsgenossenschaft)
Wegen welcher Leiden oder Gebrechen? h) Art der Rente (EU-Rente/BU-Rente usw.):
Seit _____ von _____
wegen _____
- i) Erlitt der Versicherte schon früher Unfälle?
Wenn ja, wann und mit welchen Verletzungen? i) _____
- j) Sind die Unfälle bei uns gemeldet? j) Ja Nein; Aktenzeichen: _____

5 Angaben zum Versicherungsvertrag

- a) Aus welchen Versicherungsverträgen wird anlässlich des Unfalls eine Entschädigung beansprucht?
(Bitte vollständige Versicherungs-Nr. angeben!) a) Vers.-Schein-Nr.: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____
- b) Waren bei **Eintritt des Unfalls** die Beiträge laufend gezahlt? b) zu 1. _____ zu 2. _____ zu 3. _____
- c) Bestand ein Beitragsrückstand? Seit wann? c) zu 1. _____ zu 2. _____ zu 3. _____

6 Angaben zu anderen Versicherungen

- a) Bei welchen **anderen Gesellschaften** ist der Verunglückte sonst noch gegen **Unfälle** versichert? a) Name und Anschrift der Gesellschaft: _____
Vers.-Schein-Nr.: _____
 Ja Nein; Aktenzeichen: _____
- Ist der Unfall dort gemeldet? _____
- b) Welcher **Berufsgenossenschaft** gehört der Verunglückte an? (Genau Anschrift) b) _____
Ist der Unfall dort gemeldet? Ja Nein; Aktenzeichen: _____
- c) Welcher **Krankenkasse** gehört der Verletzte an? (Genau Anschrift) c) _____

7 Zahlung der Leistung

Auf welches Bank- oder Postgirokonto soll eine evtl. Leistung überwiesen werden?

Bankleitzahl: _____ Konto-Nr.: _____

Bank/Sparkasse/Postgiroamt _____

Kontoinhaber: _____

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Seiten aufmerksam zu lesen und dann zu unterschreiben.

Bitte beachten Sie unbedingt die folgenden Hinweise, damit Sie keine rechtlichen Nachteile erleiden:

1. Invaliditätsleistung / Unfall-Rente

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, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Diese Frist kann je nach Bedingungsmerkmal abweichen. Bitte sehen Sie sich daher Ihr aktuelles Bedingungsmerkmal an.

2. Übergangsleistung

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50 % beeinträchtigt ist und
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

3. Neubemessung der Invalidität

Sobald der Versicherer sich erklärt hat, ob und in welcher Höhe er einen Invaliditätsanspruch annimmt, sind Sie berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss vom Versicherungsnehmer vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

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

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles 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 die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese 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 Versicherungsfalles 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.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n)

ab, der/die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort/Datum

Unterschrift versicherte Person bzw.
bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers

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

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Stuttgarter Versicherung AG („Stuttgarter“) 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 Stuttgarter benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch („StGB“) 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 Stuttgarter - 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 Stuttgarter übermittelt werden.

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

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Folgender Absatz gilt nur für Verträge, bei denen bei der Antragsstellung eine Risikoprüfung durchgeführt worden ist:

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 Stuttgarter 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. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- 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. - Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

- Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder - wenn diese abweichend bestimmt sind - auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Stuttgarter benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Stuttgarter 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 Stuttgarter zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die Stuttgarter tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person bzw.
bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers