

Unfall-Anzeige für die private Unfall-Versicherung



ERGO Direkt Versicherung AG
Karl-Martell-Str. 60
90344 Nürnberg

Unfall-Versicherung	_____
Unsere Telefonnummer	0800 / 444 1000
Unsere Faxnummer	0911 / 148 2550
Absendedatum	_____

Bitte füllen Sie die Meldung zur privaten Unfall-Versicherung vollständig und wahrheitsgemäß aus. Senden Sie dieses Formular so schnell wie möglich zurück.

Beachten Sie bitte die Belehrung über Obliegenheitsverletzungen, Einzelfalleinwilligungen zur Prüfung der Leistungspflicht und Schlusserklärung am Ende. Bitte vergessen Sie auch nicht, das Formular auf Seite 6 zu unterschreiben. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre ERGO Direkt Versicherung AG

An wen soll die Entschädigung gezahlt werden?

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

D, E

Angaben zur verletzten Person

Name und Vorname
der Verletzten _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Telefon: _____

Angaben über das Unfall-Ereignis

1. An welchem Tag ereignete sich der Unfall (Datum)? _____

Uhrzeit: _____

2. An welchem Ort (Büro, Wohnung, Gebäude, etc.)? _____

3. Bei welcher Tätigkeit? _____

4. Handelt es sich um einen privaten Unfall

oder Arbeitsunfall?

5. Sofern der Unfall polizeilich aufgenommen wurde: Adresse und Aktenzeichen der Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft.

Wichtige Fragen zur Prüfung unserer Leistungs-Pflicht

6. Hat der Versicherte in den letzten 36 Stunden vor dem Unfall
alkoholische Getränke, ja nein
Medikamente, ja nein
Drogen ja nein
zu sich genommen? Wenn ja, welche Menge? _____ Welcher Art: _____ Wann: _____

7. Wurde eine Blutprobe entnommen? ja nein Promillegehalt _____

8. Art der Unfall-Verletzungen: _____
9. Verletzte Körperteile: _____

10. Wann und wem wurde der Unfall erstmals gemeldet? _____
11. An welchem Tag und zu welcher Stunde wurde erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

*** Für die im Folgenden genannten Ärzte, Institutionen und Unternehmen erteilen Sie uns die Einwilligung zur Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten und die Schweigepflicht-Entbindungserklärung, wie auf den nachfolgenden Seiten beschrieben.**

Bei welchem Arzt? Name und Adresse:

12. Erfolgt oder erfolgte eine stationäre Behandlung? ja nein
a. Vom _____ bis _____ b. Vom _____ bis _____

12.1 Erfolgte wegen des Unfalls eine ambulante Operation? ja nein

13. Anschrift des Krankenhauses:
zu a: _____
zu b: _____

14. Wer ist der behandelnde Arzt? Bitte Namen, Adresse und Fachrichtung nennen.

15. Welche weiteren Ärzte wurden konsultiert? Bitte Namen, Adressen und Fachrichtung nennen.

16. War der Verletzte bei Eintritt des Unfalls vollständig gesund? ja nein
Wenn nein, welche Erkrankungen bestanden? _____

17. Durch welche Ärzte fanden in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall Behandlungen statt?

Name/Adresse: _____ wegen: _____
Name/Adresse: _____ wegen: _____
Name/Adresse: _____ wegen: _____

18. Hatte der Verletzte in den letzten fünf Jahren weitere Unfälle? ja nein
Wenn ja: Unfall-Tag: _____ Verletzung: _____

19. Bestehen darüber hinaus dauerhafte Gesundheitsschädigungen? ja nein
Wenn ja, welcher Art? _____

Wurde ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G oder aG ausgestellt? ja nein
Wenn ja, bitte Kopie des Versorgungsamtbescheids beifügen.

20. Werden Leistungen aus der Pflege-Versicherung bezogen? ja nein
Wenn ja
Pflegestufe: _____ oder Pflegegrad: _____ Pflegebedürftig seit wann? _____

Falls ja, bitte Kopie des Einstufungsbescheids der Kranken-/Pflegekasse beifügen.

Belehrung - Wichtiger Hinweis

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei vertraglichen Obliegenheitsverletzungen nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Sie müssen uns nach Eintritt des Versicherungsfalls jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Ihre Auskünfte müssen wahrheitsgemäß und fristgerecht sein. Sie müssen uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen. Hierzu müssen Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen (Aufklärungsobliegenheit). Wir können auch verlangen, soweit zumutbar, dass Sie uns Belege fristgerecht vorlegen.

Leistungs-Freiheit

Verletzen Sie diese Obliegenheiten vorsätzlich, verlieren Sie Ihren Anspruch auf Leistung. Verletzen Sie diese Obliegenheiten grob fahrlässig, können wir unsere Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Dies kann sogar dazu führen, dass Sie Ihren Anspruch vollständig verlieren. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Wir bleiben jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungs-Pflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit arglistig, werden wir in jedem Fall leistungsfrei.

Hinweis:

Steht die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zu, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Bitte unbedingt mit zurücksenden

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ERGO Direkt Versicherung AG

Ich willige ein, dass die ERGO Direkt Versicherung AG die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungs-Vertrages erforderlich ist.

Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungs-Pflicht

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungs-Pflicht

Zur Prüfung der Leistungs-Pflicht in Ihrem Versicherungs-Fall ist es erforderlich, dass die ERGO Direkt 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ERGO Direkt 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.

Ich willige ein, dass die ERGO Direkt Versicherung AG – soweit es für die Prüfung der Leistungs-Pflicht in meinem Versicherungs-Fall erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten / die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können **bei dem/den auf der Vorderseite aufgeführten behandelnden Arzt/Ärzten, Institutionen und Unternehmen** erhebt und zum Zweck der Prüfung der Leistungs-Pflicht verwendet.

Ich befreie die genannten Personen oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung und Versicherungs-Unternehmen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen sowie Versicherungs-Anträgen und -Verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungs-Antrags an die ERGO Direkt Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ERGO Direkt Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ERGO Direkt Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten – Schweigepflicht-Entbindungserklärung für den Todesfall

Um auch nach Ihrem Tod feststellen zu können, ob die Leistungs-Voraussetzungen vorliegen, kann es erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Dafür benötigen wir zur Weitergabe von Gesundheitsdaten Ihre Schweigepflicht-Entbindung:

Für den Fall meines Todes entbinde ich hiermit, soweit es zur Feststellung der Leistungs-Voraussetzungen erforderlich ist, Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht und willige in die Datenübermittlung an die ERGO Direkt Versicherung AG ein. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ERGO Direkt Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ERGO Direkt Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten bei den genannten Einrichtungen und Personen ist der Anspruchsteller hierüber zu unterrichten. Diesbezüglich wird mitgeteilt, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen.

Der Anspruchsteller kann dann der Erhebung der personenbezogenen Gesundheitsdaten widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

Auf dieses Widerspruchsrecht wird ausdrücklich hingewiesen.

Mit der Unterzeichnung dieses Antrages erteilen Sie uns die obige Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten im Todesfall und die Schweigepflicht-Entbindung.

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERGO Direkt Versicherung AG

Die ERGO Direkt Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungs-Pflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ERGO Direkt Versicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflicht-Entbindung, 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 ERGO Direkt Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungs-Pflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ERGO Direkt Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ERGO Direkt Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ERGO Direkt Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den

Versicherungs-Fall machen kann, ist es möglich, dass die ERGO Direkt Versicherung AG Ihren Versicherungs-Antrag oder Leistungs-Antrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungs-Summe besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die ERGO Direkt Versicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungs-Prüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die ERGO Direkt Versicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungs-Fall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungs-Fällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die ERGO Direkt Versicherung AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ERGO Direkt Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Die auf dieser und den vorherigen Seiten erläuterten Erklärungen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Diese und die abzugebenden Einwilligungserklärungen sind ab sofort Vertrags-Bestandteil und werden mit geleisteter Unterschrift wirksam. Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungs-Nehmers /
gesetzlichen Vertreters/ Bevollmächtigten

X

Unterschrift des Verletzten/
Bezugsberechtigten (ab Vollendung des 16.
Lebensjahres erklären Sie mit Ihrer Unterschrift die
Entbindung von der Schweigepflicht)

Informationen zum Datenschutz: Es gilt die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Diese vereinheitlicht die Regelungen zum Datenschutz innerhalb der EU. Die DSGVO legt vor allem die Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten fest und regelt die Rechte der betroffenen Person. Wir (als Versicherer) benötigen Ihre Daten zur Bearbeitung des Schaden-/Leistungsfalls. Ausführliche Informationen können Sie bequem unter www.ergo.de/de/Service/Datenschutz abrufen. Oder Sie fordern diese bei uns an: per E-Mail an beratung@ergo.de oder telefonisch unter 0800 / 444 1000. Wir schicken Ihnen diese gern zu.