

SCHADENANZEIGE ZUR UNFALLVERSICHERUNG

Bitte deutlich, ausführlich, vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen; vorher jedoch die „Schlusserklärungen“ beachten, Striche gelten als Verneinung.

Ihre Schaden-Nr. / Aktenzeichen:		B•B Schaden-Nr.:	
Versicherer: Gothaer, Nürnberg		Versicherungsschein-Nr.: 27.851.559995	
Schaden-Nr. Versicherer:			
Versicherungsnehmer: Fa./Name: Sportgemeinschaft Deutsche Bank Deutschland e.V. Str. Taunusanlage 12 Ort: 60325 Frankfurt		Versicherte / verletzte Person: Name: Str.: Ort: Geburtsdatum: Beruf (ausgeübte Tätigkeit): Telefon privat: Mobiltelefon: Telefon tagsüber:	
Unfalltag:	Uhrzeit:	Wo ist der Unfall entstanden? (Land, Ort, Straße)	
Wann und wie wurde der Unfall erstmals gemeldet?	Am An:	<input type="checkbox"/> mündlich	<input type="checkbox"/> schriftlich
Ursache und Hergang des Vorfalles (ggf. Fortsetzung / Skizze der Örtlichkeiten, auf separatem Blatt)			
Was wird als Unfallursache angenommen?			
Zeugen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Namen und Anschrift:		
Polizeiliche Aufnahme: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Polizeidienststelle: Akttenzeichen / Tagebuch-Nr.: Ggf. welche Staatsanwaltschaft? Aktenzeichen:		
Wurde der verletzten Person eine Blutalkoholprobe abgenommen ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit dem Ergebnis:		

Hat die verletzte Person innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. Art und Menge:
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall oder auf Alkoholeinfluss, Medikamenteneinfluss) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
War die verletzte Person als Lenker eines Fahrzeuges im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Führerschein, Klasse Fahrzeugart: Personenzahl im Fahrzeug
Möglichst genaue Beschreibung der Verletzung	(Empty space for description)
Liegt ein Arbeitsunfall vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. Zust. Berufsgenossenschaft:
Ist die versicherte Person wieder arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. Seit wann ?
Welcher Arzt leistete erste Hilfe ? Name: Straße: Ort:	Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter ? (Ggf auch Anschrift des Krankenhauses) Name: Fachgebiet: Straße: Ort:
Wann fand die erste Behandlung statt?	Datum: Uhrzeit:
Wie lange hat die stationäre Behandlung im Krankenhaus gedauert ?	Vom: Bis:
Wie lange wird die stationäre Behandlung im Krankenhaus voraussichtlich noch dauern ?	Voraussichtlich bis:
Wie lange wird die ambulante Behandlung voraussichtlich noch dauern ?	Voraussichtlich bis:
Welche Verletzungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind durch den Unfall eingetreten ?	
Besteht oder bestand bei der verletzten Person eine Grunderkrankung oder war ein Gebrechen bekannt? (z. B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose, künstliche Gelenke)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar

Welcher Arzt behandelt(e) diese Erkrankung bzw. das Gebrechen?	Namen: Anschritt:
Bezieht oder bezog die verletzte Person eine Erwerbsunfähigkeits- oder Unfallrente? Falls ja, Grund des Rentenbezuges ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Erwerbsminderungsgrad
Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am
Art der Verletzungen?	
Hat sie dafür Invaliditätsleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am
Gegebenenfalls von wem?	Name: Anschritt:
Unter welchem Aktenzeichen?	

Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen (z. B. auch über Arbeitgeber, Kreditkarte oder Sportverein)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit Namen: Anschriften:
Unter welcher Versicherungsnummer?	
Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z. B. Berufsgenossenschaft)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei
Sonstiges:	
Die Entschädigung soll überwiesen werden auf das Konto Nr. beim Kreditinstitut	BLZ
Name und Wohnort des Kontoinhabers:	

Das Informationsblatt „Fristenhinweise“ zu dieser Unfallversicherung habe ich erhalten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Es werden darin die Frist zur ärztlichen Feststellung von 18 Monaten und die Frist zur Anmeldung des Dauerschadens beim Versicherer von 18 Monaten erklärt.		

Schlusserklärung

Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.

Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben oder die Nichtvorlage angeforderter schadens- / leistungsrelevanter Unterlagen zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben oder grob fahrlässig unterbliebener Vorlage der Unterlagen kann die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens gekürzt werden. Dies ist nicht der Fall, wenn ich nachweisen kann, dass ich nicht grob fahrlässig gehandelt habe.

Zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers 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:

- Zu diesem Zeitpunkt entbinde ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer wird mich bei einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannte Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung bei der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte ich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall ist der Versicherer berechtigt, eine Kostenbeteiligung zu verlangen.

Die Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt

liegt bei

folgt

SG Deutsche Bank Deutschland e.V.

(Jürgen Bartoschek)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person

Bei Minderjährigen: Unterschrift(en) des / der gesetzlichen Vertreter(s) _____

Diese Schadenanzeige wurde aufgenommen von _____

(z. B. Makler, Agentur etc.)

Fristenhinweise

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer privaten Unfallversicherung:

Die von Ihnen mit dem Versicherer vereinbarten Leistungen ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen. Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung / Unfallrente

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 **18 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von **18 Monaten** von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie dem Versicherer 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.

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50% ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung

a) 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,
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Versicherer geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie dem Versicherer 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.

b) Erweiterte Übergangsleistungen

Für die erweiterte Übergangsleistung gilt zusätzlich zu dem unter a) beschriebenen Fristen, dass bereits ein Anspruch bei einer Beeinträchtigung von 100% in den ersten drei Monaten besteht. Diesen Anspruch müssen Sie binnen vier Monaten mit ärztlichem Attest anmelden.

3. Weitere Leistungsarten

Haben Sie weitere Leistungsarten (z. B. Kosmetische Operation) mit dem Versicherer vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen den Versicherungsbedingungen zu entnehmen.