

# Unfallanzeige

Versicherer (Bitte wählen Sie den Risikoträger laut ihrer Versicherungsbestätigung)

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

Mitglieds-Nr.

## 1 Angaben zur verletzten Person

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon, tagsüber	E-Mail
Beruf	Geburtsdatum

## 2 Angaben zum Unfallhergang

Arbeitsunfall      Freizeitunfall

Unfalltag (Datum, Uhrzeit)
Unfallort (Genaue Ortsangabe, evtl. Anschrift des Betriebes)
Unfallschilderung (Bitte Ursache und Hergang ausführlich schildern)

Nahm der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich?  Nein                  Ja	Wurde eine Blutprobe entnommen? Welcher Blutalkoholgehalt (in ‰) wurde festgestellt?  Nein                  Ja, Blutalkoholgehalt:
Wenn ja, welcher Art und in welcher Menge?	
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindel, Krampfanfall) zurückzuführen?  Nein                  Ja, Ursache:	
Führte der Verletzte bei Eintritt des Unfalls ein Fahrzeug? Welcher Art?	Besaß er den erforderlichen Führerschein?  Nein                  Ja
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? (Tagebuchnummer)	Welche Staatsanwaltschaft hat Ermittlungen angestellt? (Aktenzeichen)

### 3 Angaben zu den Unfallfolgen

Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten? (Art, Körperteil, Sinnesorgan)	
Wann und von welchem Arzt wurde er deswegen zum ersten Mal behandelt? (Datum, Uhrzeit, Name und Anschrift des Arztes)	
Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus, Name der Klinik	Wann erfolgte die Aufnahme bzw. die Entlassung?

### 4 Angaben zum Gesundheitszustand vor dem Unfall

War er im Gebrauch seiner Gliedmaßen oder Sinnesorgane beeinträchtigt? Inwiefern?
War er infolge Krankheiten und/oder Gebrechen pflegebedürftig? Nein                      Ja, Pflegegrad: _____ Seit: _____
Erlitt der Versicherte schon früher Unfälle? Wenn ja, wann und mit welchen Verletzungen?

### 5 Angaben zu anderen Versicherungen

Bei welchen anderen Gesellschaften ist der Verunglückte sonst noch gegen Unfälle versichert? (Name und Anschrift)	
Versicherungsschein-Nr. der Gesellschaft	Ist der Unfall dort gemeldet? Nein                      Ja, Aktenzeichen: _____
Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verunglückte an? (Name und Anschrift)	
Ist der Unfall dort gemeldet? Nein                      Ja, Aktenzeichen: _____	

### 6 Überweisung der Leistung

IBAN	BIC
Geldinstitut	Kontoinhaber

**Bitte lesen Sie die nachfolgenden Seiten und kreuzen Sie bei der Einwilligungserklärung die Möglichkeit I oder II an und unterschreiben diese.**

**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

- o muss von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb der Fristen schriftlich geltend gemacht werden. Die jeweils gültigen Fristen finden Sie in den Versicherungsbedingungen.

**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.**

### 2. Übergangsleistung -sofern vereinbart-

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

- o nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- o ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- o noch um mindestens 50 % beeinträchtigt ist und
- o die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- o 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 -sofern vereinbart-

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 Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser 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 Versicherungsfalls 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

**X**

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

\_\_\_\_\_  
SACHPOOL GmbH

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten zur Prüfung der Leistungspflicht erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Sachpool und der Versicherer daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Zum Sachpool gehören die Sachpool GmbH und die Sachpool Service GbR.

Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt der Versicherer ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weiteren nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse beim Versicherer zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten bzw. Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung die Prüfung der Leistungspflicht in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch den Sachpool selbst (unter 1.),
- durch den Versicherer selbst (unter 2.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 3.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### **1. Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Sachpool**

Ich willige ein, dass der Sachpool meine Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Schadenabwicklung erforderlich ist. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch den Sachpool umfasst die Datenerhebung, Datenspeicherung und Datenweitergabe an den Versicherer. Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Schadenabwicklung.

### **2. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer**

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist.

### **3. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

#### **3.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass der Versicherer 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. Der Versicherer 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 der Versicherer - 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 den Versicherer übermittelt werden.

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

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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 den Versicherer 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.

### **3.2 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 2.1. - 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.

### **4. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Versicherer**

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

#### **4.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer 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 der Versicherer 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 den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

#### **4.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)**

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel IT-Dienstleistungen oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Versicherers oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die notwendigen Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmen des Versicherers und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 4.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer 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 Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung des Versicherers aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall 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 Leistungsfällen 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 den Versicherer 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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 4.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
SACHPOOL GmbH