

MÜNCHENER VEREIN, 80283 München

Firma/Herrn/Frau

**Unfall-Schadenanzeige**

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer <i>N 5840-36-0/51</i>	GS/Agt.
--	---------

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Zahlung wird erbeten an:

Versicherungsnehmer

versicherte Person

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer oder IBAN: \_\_\_\_\_ BLZ oder BIC: \_\_\_\_\_

1. a) Vor- und Nachname des Verletzten: a) \_\_\_\_\_
- b) Geburtsdatum/Familienstand: b) \_\_\_\_\_  ledig,  verwitwet,  verheiratet
- c) Beruf: c) \_\_\_\_\_
- d) Anschrift: d) \_\_\_\_\_

2. An welchem Tag und zu welcher Stunde hat sich der Unfall ereignet? Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

3. Ort des Unfalls \_\_\_\_\_

4. a) Wo und bei welcher Gelegenheit hat der Versicherte den Unfall erlitten? a) \_\_\_\_\_
- b) Handelt es sich um einen Unfall bei Ausübung des Berufes oder auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte? b) \_\_\_\_\_

5. Wodurch ist der Unfall verursacht worden, und wie ist sein Hergang gewesen? (Diese Frage ist so **ausführlich** zu beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt!)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. a) Welche Folgen hat der Unfall gehabt? Verletzter Körperteil? Art der Verletzung? a) \_\_\_\_\_

## 08000821 ##

b)	Hat die Verletzung eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt?	b)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> , inwieweit? _____ _____
c)	Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden?	c)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
7. a)	Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalls angegeben werden?	a)	_____
b)	Ist der Unfall einer Polizeidienststelle gemeldet worden? Welcher?	b)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> : _____
c)	Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?	c)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
d)	Wenn ja, um wie viel Uhr und welche Menge?	d)	_____
e)	Wurde dem Verletzten nach dem Unfall eine Blutprobe entnommen?	e)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
8.	An welchem Tag und bei welchem Arzt (Name und vollständige Anschrift) hat sich der Verletzte erstmals in Behandlung begeben?	_____ _____	
9.	Welche Ärzte (Name und vollständige Anschrift) wurden wegen des Unfalls außerdem noch in Anspruch genommen?	_____ _____ _____ _____	
10.	Welches ist nach ärztlicher Ansicht die voraussichtliche Heildauer?	_____	
11. a)	War der Verletzte zur Zeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet? Mit welchem?	a)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> : _____
b)	Welchen Arzt oder welche Ärzte hat der Verletzte in den letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen?  Aus welcher Veranlassung (Krankheit oder Unfall) und wann ist dies geschehen?	b)	_____ _____
12. a)	Hat der Verletzte schon früher einen Unfall erlitten? Wann und welche Art?	a)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> : _____
b)	Erhält der Verletzte Leistungen aus der Pflegeversicherung? Oder hat der Verletzte diese beantragt?	b)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
c)	Aus welcher Pflegestufe?	c)	Pflegestufe: _____ seit _____
13. a)	Bei welcher Gesellschaft oder bei welcher Berufsgenossenschaft ist der Verletzte noch gegen Unfall (auch Lebensversicherung mit Unfall-Zusatz und Kfz-Unfallversicherung) versichert (auch erloschene)?	a)	_____ _____ _____
b)	Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung oder Familienversicherung gehört der Verletzte an?	b)	_____ _____
c)	Ist der Unfall der Krankenversicherung bereits gemeldet?	c)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
d)	Soweit die Krankenversicherung beim Münchener Verein besteht, sollen Kopien der Unterlagen weitergeleitet werden?	d)	nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>

## 08000821 ##

## Hinweise für den Schadenfall

### - Allgemein

Was Sie im Einzelnen bei uns versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben. Wichtig ist, dass Sie uns möglichst genau mitteilen, wie sich der Unfall (detaillierte Schilderung des Unfallhergangs) ereignet hat und welche Verletzungen eingetreten sind

## Wichtige Fristhinweise

Ein Anspruch auf Leistungen in der Unfallversicherung kann voraussetzen, dass durch Sie Fristen eingehalten werden.

### - Invaliditätsleistung (soweit mitversichert)

Grundsätzlich setzt ein Anspruch auf Invaliditätsleistung voraus, dass die körperliche / geistige Leistungsfähigkeit oder eine Gliedmaße / ein Sinnesorgan durch den Unfall auf Dauer beeinträchtigt ist (Invalidität). Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten, gerechnet vom Unfalltag an, von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten, gerechnet vom Unfalltag an, von Ihnen geltend gemacht werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde. **Bei Nichteinhaltung dieser Fristen besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung.**

### - Unfallrente (soweit mitversichert)

Grundsätzlich setzt ein Anspruch auf die Unfallrente voraus, dass durch den Unfall eine Invalidität von mindestens 50% eingetreten ist. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten, gerechnet vom Unfalltag an, von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten, gerechnet vom Unfalltag an, von Ihnen geltend gemacht werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde. **Bei Nichteinhaltung dieser Fristen besteht kein Anspruch auf die Unfallrente.**

### - Übergangsleistung (soweit mitversichert)

Ein Anspruch auf Übergangsleistung setzt eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von über 50% (bzw. eine Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mindestens 50%, soweit Ihrem Vertrag die allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen Unikat Basis oder die MV-AUB 2004 zugrunde liegen). **Bei Nichteinhaltung dieser Frist besteht kein Anspruch auf die Übergangsleistung**

### - Weitere Leistungsarten

Beachten Sie bei weiteren Leistungsarten bitte unbedingt die in den Versicherungsbedingungen vermerkten Fristen.

## Wichtige Hinweise für den Versicherungsschutz

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

### Leistungsfreiheit

Wird eine Obliegenheit vorsätzlich verletzt verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. .

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

---

Ort/Datum      Unterschrift verletzte Person bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des **Versicherungsnehmers**

## 08000821 ##



## **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Prüfung der Leistungspflicht**

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 für die Leistungsfallprüfung erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Kundenservicegesellschaften, weitere Unfallversicherer oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsfallprüfung bei der MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG unentbehrlich. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten durch die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG selbst (unter 1.), im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.), bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG (unter 3.). 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. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG**

Ich willige ein, dass die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG die von mir in dieser Leistungsfallprüfung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt.

### **2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 und hierzu Informationen von Stellen abgefragt werden müssen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG informiert mich in jedem Einzelfall 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 MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG einwillige- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

### **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG**

Die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG 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 MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift versicherte Person  
bzw. gesetzlicher Vertreter