

Unfallversicherung

Versicherungsnehmer

Form fields for insurance holder: Anrede, Titel, Name, Vorname, Strasse, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Telefonnummer

Versicherungsgesellschaft

Form field for insurance company name

Betreuender Makler

WeCK Assekuranz Makler GmbH
Lochham 9a - 83627 Warngau
Tel. 08024 - 6087835
Fax. 08024 - 4773090
E-Mail: service@weck-assekuranz.de

Form field for VM-Nr.

Form fields for incident details: Meldedatum, Schaden entdeckt am, um (Uhrzeit)

Form fields for incident details: Schadentag, Schadenzeit (Uhrzeit)

Unfallversicherung

Form fields for policy details: Vertragsnummer, Schadenummer

Form fields for reporting: Eingang beim Makler, Weiterleitung am, weitergeleitet von, per Fax, per Post, per Mail

Der Eingang der Schadensmeldung muss vom Makler bestätigt werden!

Angaben zum Unfallschaden

Form field for Unfall-Schadenanzeige zu Versicherungsnummer

Form fields for injured persons: Verletzte Personen, a), b), Geb. Datum, Unfalldatum, Uhrzeit, Unfallort

Unfallhergang

Form field for accident description

Die genaue Schadenmeldung wird von der versicherten Person erst später abgegeben, da diese Person sich derzeit in stationärer Behandlung befindet.

Form field for hospital name

Die versicherte Person befindet sich derzeit in folgender Klinik

Versicherte Person ist verstorben, Schadenmeldung folgt.

Schadenmeldung vorab, mündlich; gemeldet an ... der Gesellschaft.

Weitere Fragen zum Schaden

Form field for Art der Verletzung, wenn bekannt

Form fields for Wann erfolgte die 1. ärztliche Behandlung wegen d. Unfalls, Durch welchen Arzt erfolgte die Behandlung

Form field for Welche Ärzte wurden noch hinzugezogen

Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt nein ja, Klinik ... von ... bis ...

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen nein ja, Dienststelle ... Tagebuch-Nr ...

Sind Zeugen vorhanden (Name, Anschrift) nein ja ...

Hat die Person(en) innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Drogen o. Medikamente zu sich genommen nein ja, welche ...

Ist eine Blutprobe erfolgt nein ja, Ergebnis ... %

Fragen zu den Versicherungsverhältnissen

| | |
|--|--|
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bei welcher Krankenkasse ist der/die Verletzte versichert | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bei Arbeitsunfall; Name + Anschrift d. Berufsgenossensch. |
| Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen der verletzten Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit / bis <input style="width: 100px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Versicherte Person |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Versicherer (Gesellschaft) | Bestanden oder bestehen Lebensversicherungen / Berufsunfähigkeitsversicherungen (wenn relevant) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar |
| | 1) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 2) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 3) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |

Bei Verkehrsunfällen

| | |
|--|---|
| Fahrzeugart <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Sonstiges <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Fahrer des Fahrzeuges <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Halter des Fahrzeuges Wie viel Insassen befanden sich im Fahrzeug <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Führerschein-Datum <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Versichert bei Hatte sich der Verletzte angeschnallt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
|--|---|

Vorstehende Fragen wurden nach bestem Gewissen beantwortet. Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit dem Versicherer gegenüber von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Etwaige Versicherungsleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden

| | | | |
|-----------------------------------|---|-----|--|
| Angaben zur Bankverbindung | IBAN DE <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> | BIC | DE <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| | Names des Geldinstitutes: _____ | | |

Bestätigung für die Richtigkeit der Angaben in der Schadensanzeige:

| | |
|---|---|
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Ort, Datum | <input checked="" type="checkbox"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Unterschrift Versicherungsnehmer |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Ort, Datum | <input checked="" type="checkbox"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Unterschrift versicherte Person |

| Ärztliche Bescheinigung (gern auch vom Hausarzt oder alternativ Kopien medizinischer Unterlagen, z.B. Entlassungsbericht) | | | | |
|--|------------|--|--|---------------------------------|
| Unfalltag | Unfallzeit | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall | Alkoholeinfluss <input type="checkbox"/> Ja, _____ % <input type="checkbox"/> Nein | Ärztliche Behandlung beendet am |
| Diagnose | | | | |
| Stationäre Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____ | | | In welchem Krankenhaus? | |
| Ambulante chirurgische Operation <input type="checkbox"/> Ja, und zwar am _____ <input type="checkbox"/> Nein | | | Arbeitsunfähigkeit hat bestanden vom _____ bis _____ | Arbeitsfähig ab _____ |
| Datum | | Unterschrift und Stempel des Arztes | | |

| | | | |
|----------------------------|--------------|------------|---------------------|
| Name der verletzten Person | Geburtsdatum | Unfall vom | Versicherungsschein |
| | | | |

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 Versicherungsgesellschaft 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 Prüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Versicherungsgesellschaft benötigt hierfür Ihrer Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfrage Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergeben müssen.

Ich willige ein, dass die Versicherungsgesellschaft - soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkasse, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen.

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Versicherungsgesellschaft an diesen Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Versicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Versicherung benötigt ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weiter nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten übermittelt werden.

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

| | | |
|-----|-------|--|
| Ort | Datum | Unterschrift der verletzten Person bzw. des (gesetzlichen) Vertreters |
|-----|-------|--|

Einwilligung in die Datenweitergabe bei Leistungsabrechnung

Ich willige ein, dass das Versicherungsunternehmen die zur Abrechnung der Leistungsansprüche notwendigen Gesundheitsdaten (insbesondere Grad der Invalidität, Dauer Krankenhausaufenthalt oder Dauer der Arbeitsunfähigkeit, verletzte Gliedmaße / Organe) dem Versicherungsnehmer und dem betreuenden Versicherungsmakler im Zuge der Leistungsabrechnung mitteilt. Medizinische Unterlagen (Gutachten, Arztbericht etc.) werden nicht an diese Stelle weitergeleitet.

| | | |
|-----|-------|--|
| Ort | Datum | Unterschrift der verletzten Person bzw. des (gesetzlichen) Vertreters |
|-----|-------|--|