

Schadenanzeige zur Gothaer Unfallversicherung



per Telefax an

SA201224

Versicherungsnehmer (VN)	Versicherungsnummer	Schadennummer	Vermittlernummer
Titel, Vorname, Name <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)			
Staat	Postleitzahl	Ort <input type="checkbox"/> VN = verletzte Person	
Telefonnummer (tagsüber)	Telefaxnummer	E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift)	

Allgemeine Schadendaten

Schadenzeitpunkt am _____ um _____ Uhr **Augenzeugen** nein ja, siehe _____ / _____ / _____. Schadenbeteiligter

Schaden gemeldet am _____ um _____ Uhr

mündlich schriftlich **durch** VN Ehefrau _____ **bei** Vermittler _____

Schadenort (Straße und Hausnummer)

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Polizeiliche Aufnahme

nein **Anschriften - Polizei** _____ **Aktenzeichen** _____

- Staatsanwaltschaft _____ unbekannt _____

Angaben zu den Schadenbeteiligten sowie weiteren relevanten Personen / Anschriften

1. Verletzte versicherte Person

Titel, Vorname, Name männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

2. Augenzeuge Arzt (Erstbehandlung) Arzt (Weiterbehandlung) Krankenhaus _____

Titel, Vorname, Name männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

3. Augenzeuge Arzt (Erstbehandlung) Arzt (Weiterbehandlung) Krankenhaus _____

Titel, Vorname, Name männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

4. Augenzeuge Arzt (Erstbehandlung) Arzt (Weiterbehandlung) Krankenhaus _____

Titel, Vorname, Name männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer (tagsüber) _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse (alternativ: Postfachanschrift) _____

Weitere Schadenbeteiligte nein ja; bitte entsprechende Angaben auf **gesondertem Blatt** vornehmen und **beifügen**.

Weitere Angaben zur verletzten Person

<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit / Branche / Betriebsart
Unfall aufgrund einer vorher eingetretenen Bewusstseinsstörung zurückzuführen (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall oder aufgrund Alkohol- / Medikamenteneinfluss)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/>
Alkohol- / Medikamenten- / Rauschmitteleinnahme innerhalb der letzten zwölf Stunden vor dem Unfall (Wenn ja, Art und Menge angeben)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/>
Unfall als Lenker eines Fahrzeugs (Wenn ja, Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/> / <input type="text"/>
- Wenn ja, Führerschein gültig (Führerscheinklasse / Fahrzeugart angeben)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/> / <input type="text"/>
Blutalkoholprobe		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ergebnis <input type="text"/> ‰
Besteht oder bestand 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 <input type="text"/>
- Wenn ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes angeben		siehe <input type="text"/> . Schadenbeteiligter	
Wurde das jetzt betroffene Körperteil bereits früher behandelt, bzw. bestanden Beschwerden (z.B. Operation, Physiotherapie, Schmerzen, Medikamente)?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/>
Erwerbsunfähigkeits-/Unfallrente (Wenn ja, Grund und % der Erwerbsminderung)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/> / <input type="text"/> %
Frühere Unfälle (Wenn ja, Verletzungsart und Zeitpunkt angeben)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/>
- Wurden dafür Invaliditätsleistungen gewährt (Wenn ja, wann und von welcher Stelle sowie Aktenzeichen angeben)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/>
Abtransport mit Rettungshubschrauber		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Transport in Spezialklinik		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, siehe <input type="text"/> . Schadenbeteiligter
Arbeitsunfähigkeit		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input type="text"/> Wochen
Ambulante Behandlung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input type="text"/> Wochen
Stationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input type="text"/> Wochen
Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt (ausgefüllt und unterschrieben)		<input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="text"/>

Angaben zum Unfallhergang und Schadensmaß

- Bitte schildern Sie den Anlass, den Hergang und die Ursache für den Schaden möglichst **eindeutig und umfassend**.
- Sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und eventuelle Skizze beifügen.

Gesondertes Blatt Skizze nein ja
 nein ja

Was wird als **Unfallursache** angenommen?

Welche **Verletzung** ist bei diesem Ereignis entstanden?

Angaben zu weiteren Unfallversicherungen

Wurde der Unfall einem **gesetzlichen Unfallversicherungsträger** gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)? nein ja

Name und Anschrift Versicherungsnummer

Bestehen für die verletzte Person **weitere private Unfallversicherungen**? (z.B. auch über Arbeitgeber, Kreditkarte oder Sportverein) nein ja

Gesellschaft Versicherungsnummer Versicherungsbeginn

Angaben zur Krankenversicherung

Die verletzte Person ist krankenversichert:

gesetzlich privat gesetzlich, mit privater Zusatzversicherung bei

Sonstige Angaben

Konto für die Schadenauszahlung

Bankleitzahl Geldinstitut (Name und Ort)

Verantwortlichkeit 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 insoweit 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.

Schweigepflichtentbindung Zur Beurteilung der Leistungspflicht der Gothaer Allgemeine Versicherung AG (kurz Gothaer) 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**.

- **generelle Entbindung** Zu diesem Zweck **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Mitarbeiter der Gothaer selbst **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Die Gothaer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.
- **Entbindung im Einzelfall** Die vorstehende Erklärung möchte ich **nicht abgeben**. **Ich wünsche**, dass mich die Gothaer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung bei der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende **Schweigepflichtentbindung im Einzelfall** ist die Gothaer berechtigt, eine **Kostenbeteiligung von 15 Euro** zu verlangen.

Unterschriften

Ort, Datum

Vermittler

Versicherte Person
(bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Versicherungsnehmer

**Bitte
zurück
an**

(falls
per
Telefax
nicht
möglich)

Antwort

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
50598 Köln