

## Schadenanzeige für Unfallschäden

Versicherungs-Nr.: **0123-034.205.000 0002**

Telefonnummer: **0511/35772680**

VGH Versicherungen - 30140 Hannover

Deutsche Verkehrswacht  
Landesverkehrswacht Nieders.eV  
Arndtstr. 19  
30167 Hannover

Schadentag:
Uhrzeit:
Unfallort:
Schaden-Nr.:

**Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,**

**senden Sie uns bitte möglichst kurzfristig die Unfall-Schadenanzeige sowie die beigefügte Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Vielen Dank.**

**Dieses Hinweisblatt nehmen Sie bitte zu Ihren Unterlagen.**

### **Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:**

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungen ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Vertrag zu Grunde liegenden Bedingungen für die Unfallversicherung, die Sie zusammen mit dem Versicherungsschein erhalten haben.

#### **1.a. Invaliditätsleistung (soweit versichert)**

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 und
- 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 uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

#### **1.b. Unfall-Rente (soweit versichert)**

Die Einzelheiten/Fristen der Anspruchsvoraussetzungen für die Unfall-Rente entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Unfallversicherung und Ihrem Versicherungsschein.

Im Übrigen gelten auch hierfür die **Fristen für die Invaliditätsleistung**.

**Bei Fristversäumnis für die ärztliche Feststellung der Invalidität/Unfall-Rente besteht kein Anspruch auf eine Leistung! Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität/Unfall-Rente, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen!**

#### **2. Übergangsleistung (soweit versichert)**

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt nach Ablauf von 3 bzw. nach 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 100% bzw. 50% beeinträchtigt ist, die Beeinträchtigung innerhalb der 3 bzw. 6 Monate ununterbrochen bestanden hat und die Beeinträchtigung spätestens **vier bzw. sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes** bei uns geltend gemacht wird. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Zu den Einzelheiten/Fristen der Anspruchsvoraussetzungen für die Übergangsleistung beachten Sie bitte unbedingt die Bedingungen für die Unfallversicherung und Ihren Versicherungsschein.

**Bei Fristversäumnis für die Geltendmachung der Beeinträchtigung kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen!**

#### **3. Weitere Leistungen**

Beachten Sie bitte bei weiteren versicherten Leistungen (siehe Versicherungsschein) die Anspruchsvoraussetzungen und die in den Bedingungen für die Unfallversicherung vermerkten Fristen.

☒ Allgemeine Unfallversicherung☐ Kraftfahrt-Unfallversicherung**Unfall während**☐ Freizeit

Schadentag: \_\_\_\_\_

☐ Beruf (auch Haushaltsführung)

Unfallort und -zeit: \_\_\_\_\_

☐ Tagesbetreuung (Kind)/Schule/Hochschule**Unfallhergang** (Bitte detaillierte Schilderung inklusive Schadenursache)Wurde innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol genossen? ☐ nein ☐ ja, Menge u. Art \_\_\_\_\_

Wurden innerhalb der letzten 48 Stunden vor dem Unfall Drogen/Medikamente konsumiert?

☐ nein ☐ ja, Menge u. Art \_\_\_\_\_

Wurde eine Blutprobe entnommen?

☐ nein ☐ ja, Ergebnis der Blutprobe \_\_\_\_\_ ‰**Wurde der Schaden polizeilich gemeldet?**☐ nein ☐ ja, am \_\_\_\_\_

Polizeidienststelle/Tagebuch-Nr. \_\_\_\_\_

Staatsanwaltschaft/Aktenzeichen (soweit bekannt) \_\_\_\_\_

**Zeugen des Unfalls** (Namen und Anschriften)**Angaben zur verletzten Person**Sind mehrere Personen verletzt worden? ☐ nein ☐ ja  
(Bitte je weitere Person auf Zusatzblatt beantworten und unterschreiben lassen)

Name und Anschrift der verletzten Person \_\_\_\_\_

Geburtsdag \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

War die verletzte Person zurzeit des Unfalls angestuet? ☐ nein ☐ ja

Art der Verletzungen

Erste ärztliche Versorgung am \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Erstbehandelnder Arzt/Krankenhaus (Bitte geben Sie die vollständige Anschrift an)

Die Behandlung wird jetzt durchgeführt

☐ stationär - bitte Fachklinik/Abt./Arzt angeben \_\_\_\_\_☐ ambulant von \_\_\_\_\_Ist die verletzte Person durch den Unfall arbeitsunfähig? ☐ nein ☐ ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Unfallbedingte stationäre Krankenhausbehandlung ist erforderlich ☐ nein ☐ ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Eine ärztliche Bescheinigung über ☐ stationäre Behandlung ☐ Arbeitsunfähigkeit ☐ ambulante OP☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ entfällt, weil nicht versichertDie Heilbehandlung ist ☐ abgeschlossen seit \_\_\_\_\_ ☐ noch nicht abgeschlossen, Dauer noch ca. \_\_\_\_\_ Wochen

Haben bei den Unfallfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt?

☐ nein ☐ ja, folgende \_\_\_\_\_War vor dem Unfall die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit **dauernd** beeinträchtigt?☐ nein ☐ ja, Grund \_\_\_\_\_

Waren vor dem Unfall Gliedmaßen/Sinnesorgane **dauernd** in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt?

☐ nein ☐ ja, folgende \_\_\_\_\_

In welchem Umfang (% , Bruchteil)? \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

☐ nein ☐ ja, Grund \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt (Bitte geben Sie die vollständige Anschrift an)

Bestand vor dem Unfall Pflegebedürftigkeit? ☐ nein ☐ ja, Pflegegrad \_\_\_\_\_

Wurde ein Pflegegrad bzw. eine Erhöhung eines Pflegegrades beantragt / bewilligt? ☐ nein ☐ ja, beantragt

am \_\_\_\_\_, bewilligt seit \_\_\_\_\_, Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse bzw. Krankenversicherung?

☐ nein ☐ ja, Anschrift? \_\_\_\_\_

Liegt ein Arbeitsunfall vor bzw. passierte der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit?

☐ nein ☐ ja

Zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

Bestehen bzw. haben in den letzten drei Jahren vor dem Unfall weitere private Unfallversicherungen bestanden?

☐ nein ☐ ja

Versicherungsgesellschaften:

(Bitte geben Sie die vollständigen Anschriften an.)

Versicherungsnummer/Schadennummer \_\_\_\_\_

#### Bei KFZ-Unfällen

amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_ Hersteller/Typ \_\_\_\_\_ Anzahl der Fahrzeuginsassen zum Unfallzeitpunkt \_\_\_\_\_

War das Fahrzeug verkehrssicher? ☐ nein ☐ ja

Wurde die Fahrt mit Wissen und Willen des Halters ausgeführt? ☐ nein ☐ ja

Name und Anschrift des Fahrers \_\_\_\_\_

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis? ☐ nein ☐ ja

Klasse \_\_\_\_\_ Ausst.-Datum/-behörde \_\_\_\_\_

Entfernte sich der Fahrer unerlaubt vom Unfallort? ☐ nein ☐ ja

Namen, Anschriften und Geburtsdaten der Fahrzeuginsassen

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt an ☐ Versicherungsnehmer ☐ Sonstige \_\_\_\_\_

(bitte vollständigen Namen und Anschrift des Kontoinhabers angeben)

☐ Überweisung auf Lastschriftkonto IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

☐ anderes Überweisungskonto IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgetreu nach bestem Wissen gemacht zu haben. **Über die Konsequenzen einer grob fahrlässigen, vorsätzlich falschen oder gar arglistigen Beantwortung der Fragen unterrichtet die beigefügte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.** Im Übrigen bestätige ich hiermit, dass ich die Hinweise zum Versicherungsschutz meiner Unfallversicherung erhalten habe.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherungsnehmer(in)  
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

Unterschrift verletzte Person  
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung beruht auf der mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmten Mustereinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel für die Lebens- und Krankenversicherung.)

### 1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 1.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Landschaftliche Brandkasse Hannover, im folgenden LH genannt, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. Die LH benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen und können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### ☒ Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die LH - 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 Antragstellung an die LH übermittelt werden.

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

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

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 LH 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.

### 1.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Auch dafür benötigen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

#### ☒ Erklärungen für den Fall meines Todes:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 1.1. - Möglichkeit I).

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der LH

Die LH verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die LH benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, 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 LH 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 LH zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die LH tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die LH führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Vermittlung von Assistance-Leistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die LH Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die LH führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Ge-

sundheitsdaten für die LH erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.vgh.de](http://www.vgh.de) eingesehen oder bei der Landschaftlichen Brandkasse Hannover, Datenschutz, Schiffgraben 4, 30159 Hannover, Telefonnummer: (0511) 362-0, E-Mail: [datenschutz@vgh.de](mailto:datenschutz@vgh.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die LH Ihre Einwilligung.

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

### 2.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die LH, 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 den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die LH Ihren 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 die LH 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 die LH 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 uns 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 die LH tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 2.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die LH, an das HIS melden. Die LH und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die LH Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die LH tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers

der verletzten Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

des gesetzlichen Vertreters

**Übersicht über die Kategorien und die wichtigsten von der Landschaftlichen Brandkasse Hannover beauftragten Dienstleister gemäß Ziffer 2.2. der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Kategorie	Firmenbezeichnung	Tätigkeit
<b>Allgemeine Dienstleistungen</b>	Rhenus Data Office GmbH	Vernichtung von Datenträgern
	BOG Büroorganisations Gesellschaft für optische und elektronische Speichersysteme mbH	Microfilmjacketarchiv
	Deutsche Post Adress GmbH & Co.KG	Überprüfung, Aktualisierung und Recherche von Adressen
	Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Posteingangsbearbeitung
<b>IT-Dienstleister</b>	iVV GmbH	EDV-Leistungen
	Finanz Informatik GmbH & Co.KG	EDV-Leistungen
<b>Versicherungsspezifische Dienstleistungen</b>	Deutsche Assistance Service GmbH	Regulierung von Assistance-Leistungen
	Reha Assist Deutschland GmbH	Reha-Dienstleistungen
	Provincial Lebensversicherung Hannover	Risikoprüfung

**Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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.

**So gehen wir vor ...**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie möchten einen Unfall zu Ihrer privaten Unfallversicherung melden. Wir möchten Ihren Anspruch sorgfältig und schnell prüfen. Zu Anfang möchten wir Ihnen gerne den üblichen Ablauf unserer Leistungsprüfung schildern, damit Sie wissen, wie wir vorgehen und was Sie dazu beitragen können.

**Schritt 1: Die Schadenanzeige**

Wir benötigen immer eine vollständig von Ihnen ausgefüllte und (auch von der verletzten Person) unterschriebene Schadenmeldung, sowie die Schweigepflichtentbindungserklärung. Besonders wichtig ist uns eine ausführliche Schadenschilderung einschließlich der Schadenursache (z. B. warum sind Sie gestürzt? Schwindel, Stolpern, etc.). Bitte schicken Sie die Ihnen vorliegenden Befundberichte und Atteste zusammen mit der Schadenmeldung an uns.

**Schritt 2: Prüfung der Leistungsansprüche**

Grundsätzlich benötigen wir von Ihnen als Nachweis über die erlittenen Unfallfolgen ein ärztliches Attest, den Operationsbericht oder den Krankenhausentlassungsbericht, aus dem auch die gestellte Diagnose hervorgeht.

Sofern wir für die Leistungsprüfung Ihrer Ansprüche Anfragen bei den behandelnden Ärzten stellen, oder Einsicht in die polizeiliche Ermittlungsakte nehmen müssen, kann dies mit erheblichen Antwortzeiten verbunden sein. Natürlich informieren wir Sie vor jeder Anfrage rechtzeitig. Die Antwortzeiten der behandelnden Ärzte sind leider sehr unterschiedlich. Falls es länger dauert, werden wir unaufgefordert erinnern. Aus der Erfahrung heraus ist es häufig hilfreich, wenn Sie die behandelnden Ärzte auch selbst erinnern. Wir versuchen, alle für die Leistungsprüfung erforderlichen Unterlagen in einem Schritt anzufordern. In seltenen Fällen können sich aufgrund der Unterlagen jedoch neue Rückfragen ergeben. Sobald uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, prüfen wir diese und teilen Ihnen unsere Entscheidung innerhalb von zwei Wochen mit. Wir informieren Sie ebenfalls, auch wenn keine Leistungen fällig werden.

**Überblick über einige mögliche sofort fällige Leistungsarten (falls vertraglich vereinbart):**

Bitte vergleichen Sie hierzu auch die Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB).

- **Sofortleistung bei Frakturen/Bänderrissen**  
Voraussetzung ist ein vollständiger Bruch eines Knochens oder eine vollständige Zerreißung eines Muskels, eines Bandes, einer Sehne oder einer Kapsel.
- **Leistungen bei ambulanter Operation**  
Wir leisten für ambulante Operationen, die unter Vollnarkose oder Leitungs- bzw. Rückenmarksanästhesie durchgeführt wurden.
- **Leistungen bei stationären Behandlungen**
  - **Krankenhaustagegeld**  
Die Leistung erfolgt für die Dauer der vollstationären Krankenhausheilbehandlung.
  - **Genesungsgeld (bis AUB 2008)**  
Das Genesungsgeld wird nach Entlassung aus dem Krankenhaus für die selbe Anzahl an Tagen wie das Krankenhaustagegeld (tarifabhängig: maximal 28 bzw. 100 Tage) gezahlt.
  - **Doppeltes Krankenhaustagegeld (ab AUB 2011)**  
Ab dem vierten Tag der stationären Krankenhausheilbehandlung erhalten Sie die doppelte Summe des versicherten Krankenhaustagegeldes.
- **Tagegeld**  
Im Falle einer unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zahlen wir für die Dauer der ärztlichen Behandlung das versicherte Tagegeld (maximal bis zum Ablauf des 1. Unfalljahres). Hierbei wird der ärztlich festgestellte Grad der Beeinträchtigung berücksichtigt.

**Schritt 3: Dauerhafte Unfallfolgen (Invalidität)**

Dauerhafte Unfallfolgen lassen sich im Regelfall ca. ein Jahr nach dem Unfall gut einschätzen. Falls dauerhafte Unfallfolgen eingetreten sind, bitten wir Sie uns dies mitzuteilen. Bitte beachten Sie hierzu die im beigefügten Brief genannten Fristen, da nach Ablauf der Fristen kein Anspruch mehr auf die Invaliditätsleistung besteht. Wurde die Invalidität von Ihnen angemeldet, erhalten Sie von uns einen Vordruck für eine ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung von unfallbedingten Dauerfolgen. Die nächsten Schritte im Rahmen der Invaliditätsanmeldung erläutern wir Ihnen wieder in Form einer Übersicht, die Sie gemeinsam mit dem genannten Vordruck erhalten.

**Wir hoffen, dass wir Ihnen hier einen kleinen Überblick verschaffen konnten. Haben Sie Fragen? Dann rufen Sie uns bitte an - wir helfen Ihnen gern.**

# Ärztliche Bescheinigung

Antwort

VGH Versicherungen  
Landschaftliche Brandkasse Hannover  
30140 Hannover

Versicherungs-Nr.:  
0123-034.205.000 0002

Schadentag:

Uhrzeit:

Schaden-Nr.:

**Verletzter Person** (bitte Namen, Vornamen und Anschrift angeben)

**Geburtsdatum**

**Diagnose**

**Therapie**

**Stationäre Behandlung**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_

Weitere stationäre Behandlung erforderlich? ☐ nein ☐ ja

**Ambulante Behandlung** vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

An welchen Tagen erfolgte eine ambulante Behandlung der Unfallfolgen bei Ihnen? (Bitte sämtliche Tage einzeln auflisten)

**Ambulante Operation**

☐ nein ☐ ja, am \_\_\_\_\_

(operativer Eingriff unter Vollnarkose- oder Leitungs- bzw. Rückenmarksanästhesie)

**Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit** - nur zu bescheinigen, wenn Tagegeld versichert ist -

Für die Bemessung des Grades der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist die Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Verletzten maßgebend. Schätzen Sie bitte den Grad der Beeinträchtigung und beachten Sie bitte, dass die private Unfallversicherung einen steilen Abfall der Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf 0 %, wie z.B. die gesetzliche Krankenversicherung, nicht kennt. Ein Arbeitnehmer kann deshalb nicht zu 100 % erwerbsgemindert sein, nur weil er bei einer an sich vorliegenden teilweisen Erwerbsminderung von z.B. 50 % seiner beruflichen Tätigkeit im Betrieb seines Arbeitgebers nicht nachgehen kann. Bitte stufen Sie deshalb wie in einem Rentengutachten g r a d u e l l ab.

Erwerbsminderung im ausgeübten Beruf bzw. Tätigkeit Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 100%

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ %

Dauer der Heilbehandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (voraussichtlich)

**Haben bei den Unfallfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt?**

☐ nein ☐ ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

**Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkohol-/Drogen-/oder Medikamenteneinfluss?**

☐ nein ☐ ja, bitte nähere Angaben machen \_\_\_\_\_ %

Gebühr EUR \_\_\_\_\_ erhalten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes