

# U Schaden-Anzeige zur Unfallversicherung

▲ Eingangsstempel ▲

**Meldender:**  VN  Sonstige \_\_\_\_\_  Meldedatum \_\_\_\_\_  
**Meldeweg:**  schriftlich  telefonisch  Fax  E-Mail

Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_ Agentur-Nr. \_\_\_\_\_ Schaden-Nr. (wird von Generali Deutschland eingesetzt) \_\_\_\_\_

**1. Versicherungsnehmer** Vor- und Zuname/vollständige Anschrift/Geburtsdatum/Beruf/Telefon

**2. Verletzter** (versicherte Person) Vor- und Zuname/vollständige Anschrift/Geburtsdatum/Beruf/Telefon

## 3. Schilderung des Unfalls

Hergang und Ursache  
(Bitte ausführlich und genau schildern, Skizze beifügen.  
Falls Platz nicht ausreicht, Fortsetzung auf besonderem Blatt)

Unfalltag	/	Unfallzeit
Unfallort		

## 4. Zeugen

Vollständige Anschrift aller Zeugen (Passanten, Insassen usw.)

Wenn niemand zugegen war, wer hat den Verletzten zuerst nach dem Unfall gesehen?

## 5. Begleitumstände

Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?  Nein  Ja  
Wurde eine Blutprobe entnommen?  Nein  Ja, Ergebnis %

## 6. Polizei

Vollständige Anschrift der Dienststelle/Staatsanwaltschaft/Aktenzeichen

Gegen wen wurde ein Strafverfahren eingeleitet? Weshalb? Stand des Verfahrens

## 7. Arbeitsunfall

Handelt es sich um einen Unfall am Arbeitsplatz/auf dem Weg zu oder von der Arbeit?  Nein  Ja  
Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? Welcher? - ggf. Aktenzeichen angeben -

## 8. Verletzungen

Art der Verletzung/betroffener Körperteil? (z. B. Bruch rechter Oberarm, Gehirnerschütterung, Zerrung linkes Fußgelenk)

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von/bis? Behandlungsdauer (evtl. voraussichtlich)

Ist völlige Wiederherstellung zu erwarten?

An welchen Krankheiten und/oder Gebrechen litt die verletzte Person vor dem Unfall?

## 9. Ärzte/Krankenhaus

Anschrift des Arztes, der erste ärztliche Hilfe leistete/Datum und Uhrzeit?

Weiterbehandlung durch

Stationäre Behandlung ab/bis (voraussichtlich)

Name, Anschrift und Abteilung des Krankenhauses angeben

Zuletzt in Behandlung bei

---

## 10. Frühere Unfälle

Welche Unfallverletzungen haben früher vorgelegen? Sind diese Unfälle ausgeheilt? Welche Restbeschwerden?

Hat die verletzte Person auf Grund einer Unfallversicherung aus früheren Unfällen Entschädigungen erhalten?  
Von welchem Versicherer? Wann? Aktenzeichen?

---

## 11. Versicherungsträger

Bei welcher anderen Gesellschaft bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen? Bitte Anschrift, Versicherungsschein-Nummer und Vers.-Summen sowie ggf. Schadenaktenzeichen angeben.

Bei welcher Krankenkasse/Krankenversicherung besteht Versicherungsschutz?

---

## 12. Entschädigungszahlungen

Entschädigung(en) bitte überweisen an:

Name und Sitz der Bank	Kontoinhaber
IBAN	BIC

---

### Wichtige Hinweise

**Sollte ein Dauerschaden zurückbleiben, müsste dieser innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und nach weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt sein.**

**Den Anspruch auf Invaliditätsleistung müssen Sie bis 15 Monate nach dem Unfall geltend machen. Bitte melden Sie den Anspruch schriftlich bei uns an. Die Schadenanzeige alleine reicht zur Anmeldung des Dauerschadens nicht aus.**

**Bitte beachten Sie zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die beigefügte Erklärung. Bitte entscheiden Sie sich für eine Variante und schicken Sie die Erklärung ausgefüllt und unterschrieben zurück.**

**Außerdem beachten Sie bitte die Hinweise über die Folgen von Obliegenheitsverletzungen in dem beigefügten Merkblatt HUK 19. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können Ihren Versicherungsschutz gefährden.**

**Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.**

Ort, Datum

Verletzter (oder seine Angehörigen)

Versicherungsnehmer

---

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung<sup>1)</sup>

Schadennummer:	_____
Schadentag:	_____
Anspruchsteller:	_____
Geburtsdatum:	_____
Beruf:	_____
Anschrift:	_____

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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. Die Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch 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 die Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten/die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, bei Ärzten, Heilpraktikern, 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 die Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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 die Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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 Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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 bebringe.

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

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 die Generali Deutschland Versicherung AG 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.

### 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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.

<sup>1)</sup> Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungs-Erklärung wurde 2012 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Ich willige ein, dass die Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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 Generali Deutschland Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die Generali Deutschland Versicherung AG an das HIS melden. Die Generali Deutschland Versicherung AG 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 eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die Generali Deutschland Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Generali Deutschland Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem 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.

### 4. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Darüber hinaus willige ich ein, dass meine Vertrags- und Schadendaten – dies sind beispielsweise meine Angaben im Antrag, auch Gesundheitsdaten, versicherungstechnische Daten, wie Vertragslaufzeit, Versicherungssumme oder Bankverbindung, sowie erforderlichenfalls Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, Sachverständigen oder eines Arztes (u. a. Behandlungsberichte) – bei der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH zum Zwecke der Schadenbearbeitung verarbeitet, insbesondere an diese übermittelt und dort verwendet werden. Ferner willige ich ein, dass bei künftigen Versicherungsfällen meine Angaben zum Schaden und gegebenenfalls Angaben von Dritten auch bei der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH geführt werden. Dies kann auch Gesundheitsdaten umfassen. **Sofern Sie hiermit nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Absatz. Sie können diese Einwilligungserklärung zudem mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.** Dann bleibt die Zuständigkeit für die Schadenbearbeitung für Sie unverändert bei der Generali Deutschland Versicherung AG. Wir gehen jedoch davon aus, dass Sie die Vorteile, die sich durch die Bündelung von Aktivitäten in der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH ergeben, nutzen werden und freuen uns, Ihnen eine noch höhere Servicequalität anbieten zu dürfen.

### 5. Erklärung für mitversicherte Personen

Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
(Eltern für ihr minderjähriges Kind, Vormund etc.)

## **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**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### **Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung 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, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Unterlagen 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, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.