

## Schadenanzeige Fahrrad-Unfallversicherung

Durch sorgfältiges Ausfüllen ermöglichen Sie eine schnelle Bearbeitung und ersparen Rückfragen.  
**Es gilt das Angekreuzte.**

 Schadentag

 Uhrzeit

 Meldung an Makler/Vermittler

 Schaden-Nr. (soweit vorhanden)

 Makler/Vermittler-Nr.

Vers.-Nr.

### Versicherungsnehmer

 Herr

 Frau

 Name/Vorname

 ausgeübter Beruf

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

**Versicherte Person: Bitte füllen Sie die Datenfelder nur aus, wenn die versicherte Person nicht der Versicherungsnehmer ist.**

 Herr

 Frau

 Name/Vorname

 Geburtsdatum

 Beruf

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

### Wichtige Mitteilung

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 Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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.

schuldens – 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 Versicherungsfalls 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.

**1. Wo ist der Unfall passiert?**



**2. Unfallschilderung (Falls Platz nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt benutzen)**



**3. Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?**

 beruflich    Aktenzeichen der Berufsgenossenschaft  privat



**4. Welche Zeugen haben den Unfall gesehen?**

 keine     folgende Zeugen / Name / Anschrift / Telefon-Nr.



**5. Sind behördliche (polizeiliche) Feststellungen getroffen worden?**

 Nein     wenn ja, von:

 Aktenzeichen 

**6. Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?**

 Nein     wenn ja, Art und Menge:

 von  .  bis  .  Uhr

 von  .  bis  .  Uhr

6a. Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall Medikamente zu sich genommen?  
 Nein       wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

7. Wurde der versicherten Person eine Blutalkoholprobe entnommen?  
 Nein       wenn ja, mit dem Ergebnis: \_\_\_\_\_ %

8. Ist der Unfall auf eine vorher eintretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfälle) zurück zu führen?  
 Nein       wenn ja, wodurch: \_\_\_\_\_

9. Welche Verletzungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind durch den Unfall entstanden?  
 verletzte Körperteile  
 Art der Verletzung  
\_\_\_\_\_

10. Wann war die Erstbehandlung? am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

11. Anschrift des Arztes / Krankenhauses mit Fachabteilung  
\_\_\_\_\_

12. Weitere Behandlungen? am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

13. Anschrift des Arztes / Krankenhauses mit Fachabteilung  
\_\_\_\_\_

14. Welcher Arzt behandelt Sie zur Zeit?  
 (Name, genaue Anschrift)  
\_\_\_\_\_

15. Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit? vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

16. Stationäre Behandlung? vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

17. Ambulante Behandlung? vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

18. Vorerkrankungen und Vorunfälle  
**18.1** Hat die verletzte Person wegen **anderer Erkrankungen** oder **früherer Unfälle** in den letzten **5 Jahren** einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt?  Nein  Ja

**18.2** Welche Unfälle? (mit Zeitangabe und Art der Verletzung)

am \_\_\_\_\_ Art der Verletzung \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ Art der Verletzung \_\_\_\_\_

**18.3** Welche Erkrankungen? (mit Zeitangabe und Art der Erkrankung)

am \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

19. Sind dafür Invaliditätsentschädigungen gezahlt worden?  
 Nein       wenn ja, am \_\_\_\_\_  
 von wem \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

20. Hat die verletzte Person in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente eingenommen?  
 Nein       wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

21. Weitere Unfallversicherungen (auch erloschene)? Wenn ja, welche? (Gesellschaft, Anschrift, Versicherungsscheinnummer)  
 Nein       wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**


Geldinstitut

IBAN

Kontoinhaber

BIC

Kontoinhaber (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift (falls nicht Versicherungsnehmer)

## 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 Ammerländer Versicherung 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 Ammerländer Versicherung 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 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 Ammerländer Versicherung – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, anderen Versicherern 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 Ammerländer Versicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Ammerländer Versicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Ammerländer Versicherung 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 Ammerländer Versicherung 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 Ammerländer Versicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Ammerländer Versicherung einwillige oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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 Ammerländer Versicherung 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.

### Mit meiner Unterschrift bestätige ich die vollständige und richtige Beantwortung aller Fragen dieser Schadenanzeige. Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe. Das beiliegende Informationsblatt „Fristenhinweis“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtungen müssen wir Sie auf die vertraglichen Obliegenheit sowie die Rechtsfolgen bei Verletzung dieser Obliegenheiten hinweisen:

- Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten.
- Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und dem Versicherer unverzüglich zurücksenden; vom Versicherer darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
- Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Bei Verletzung dieser Obliegenheiten kann der Versicherer leistungsfrei oder zur Kürzung der Leistung berechtigt sein. Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine – der Schwere des Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben, es sei denn diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich. Diese Einschränkung gilt nicht bei Arglist. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer zu beweisen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene/n

ab, die/der die Beurteilung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort und Datum

Versicherungsnehmer (eigenhändige Unterschrift)

Versicherte Person (eigenhändige Unterschrift)

1. **What is the primary purpose of the study?**

Mitglieds-Nr.

**Schaden-Nr.** (soweit vorhanden)

# Bitte vom Arzt ausfüllen lassen!

## Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder Krankenhausaufenthalt

Herr Frau Name

Vorname

## Straße

1

in **stationärer** Behandlung

vom  .  .  . bis  .  .  .

in **ambulanter** Behandlung

vom  .  .  . bis  .  .  .

## arbeitsunfähig

vom   bis

## Diagnosen

X

### Ort und Datum

# Wichtige Fristenhinweise

(für Ihre Unterlagen)

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung. Der vereinbarte Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Ihnen vorliegenden Versicherungsschein mit Leistungserweiterungen und den jeweils für Ihren Vertrag gültigen allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB).

**Auf folgende Anspruchsvoraussetzungen weisen wir besonders hin:**

## Invaliditätsleistung

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft (länger als 3 Jahre) beeinträchtigt ist (Invalidität) und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfallereignis eingetreten.

Die schriftliche Invaliditätsfeststellung durch einen Arzt und die Geltendmachung der Invalidität ist von Ihnen innerhalb von

● **15 Monaten**

nach dem Unfallereignis bei uns einzureichen bzw. zu erheben. Ihren vereinbarten Tarif/ Versicherungsschutz entnehmen Sie dem Versicherungsschein.

**Wird die Frist für die Feststellung und die Geltendmachung der Invaliditätsleistung versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.**

# Was ist nach Eintritt eines Unfalls zu tun?

(für Ihre Unterlagen)

Begeben Sie sich unverzüglich in ärztliche Behandlung. Melden Sie uns den Unfall umgehend und reichen Sie uns die erforderlichen Unterlagen ein. Wir werden eine Prüfung des Schadenfalls vornehmen. Sie erhalten von uns schriftlich entweder eine Bestätigung der Leistungspflicht, eine Zahlung oder eine Ablehnung.

Bitte ermächtigen Sie uns auf der Schadenanzeige, bei dem behandelnden Arzt entsprechende Auskünfte zu Ihrer Erkrankung / Verletzung einzuholen.

Bitten Sie Ihren Arzt um eine sorgfältige Beantwortung unserer Fragen beziehungsweise ein sorgfältiges Erstellen des Attests. Oftmals werden die für uns bestimmten Unterlagen im Vorzimmer in der Hektik des Arbeitsablaufs ausgefüllt und enthalten teilweise fehlerhafte Angaben, die zu unnötigen Nachfragen führen oder später schwer zu korrigieren sind.

Unter Umständen kann es erforderlich sein, dass wir uns ein eigenes Bild vom Unfall oder den Unfallfolgen machen müssen. Wir werden Sie dann informieren und Ihnen den beauftragten Arzt benennen, der sich dann zur Vereinbarung eines Termins mit Ihnen in Verbindung setzt.

Nennen Sie uns bitte in jedem Fall Ihre vollständigen Kontaktdaten (Telefon / Mobiltelefon / E-Mail) in der Schadenanzeige.

Sie können uns helfen, eine schnelle Schadenregulierung vorzunehmen, indem Sie uns folgende Unterlagen im Schadenfall einreichen:

- **vollständig** ausgefüllte Schadenanzeige
- Attest des behandelnden Arztes oder Entlassungsbericht des Krankenhauses

**Wichtig: Eine abschließende Prüfung kann erst nach Vorlage aller angeforderten Unterlagen erfolgen.**