

**Rückantwort**  
**BGV / Badische Versicherungen**  
76116 Karlsruhe

Vertrags-Nr.:	<input type="text"/>
Schaden-Nr.:	<input type="text"/>
VN:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon dienstlich:	<input type="text"/>
Telefon privat:	<input type="text"/>
Telefax:	<input type="text"/>
Name, Vorname der/des Verletzten:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Beruf selbstständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nebenbeschäftigung/ ehrenamtlich tätig als:	<input type="text"/>

(Nur ausfüllen, wenn sich der Unfall bei einer solchen Tätigkeit ereignet hat (z. B. Feuerwehrmann, Gemeinderat))

## Schadenanzeige für Unfall Kommunal

Sehr geehrte(r) Kundin/Kunde,  
wir bitten Sie, die Schadenanzeige sorgfältig auszufüllen und mit den gewünschten Nachweisen unterzeichnet an uns zurückzusenden.

### 1. An welchem Ort und bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

#### 1.1 An welchem Tage und zu welcher Zeit?

am  20   Uhrzeit

#### 1.2 Welcher Art ist die Verletzung und in welcher Weise machte sie sich sofort bemerkbar?

#### 1.3 Ursache und Hergang des Unfalles? (Diese Frage bitte besonders ausführlich beantworten, wenn nötig auf gesondertem Blatt.)

#### 1.4 War die/der Verletzte vor Eintritt des Unfalles vollständig gesund oder an welcher Krankheit litt sie/er?

#### 1.5 Bestand vor dem Unfall bereits ein Pflegegrad? Wenn ja, welcher?

### 2. Welche Personen waren bei dem Unfall zugegen?

#### 2.1 Wenn niemand zugegen war, wer hat die/den Verletzte/n zuerst nach dem Unfall gesehen?

#### 2.2 Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen? Wenn ja, von welcher Dienststelle?

#### 2.3 Unter welcher Tagebuch-Nr. wurde der Vorgang bei der Polizei registriert?

Bitte Folgeseite beachten!

**3. Wann wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?**

am  20   Uhrzeit

3.1 Erfolgte eine stationäre Behandlung?

ja  nein

3.2 In welchem Krankenhaus?

In welchem Zeitraum?

vom  bis

3.3 Wer ist/sind der/die behandelnde(n) Arzt/Ärzte?

Herr/Frau

Straße, Nr.

PLZ, Ort

**4. Besteht Arbeitsunfähigkeit?**

ja  nein

Für welchen Zeitraum?

von  bis

**5. Bestand vor dem Unfall bereits ein Gesundheitsschaden?**

ja  nein

5.1 Welcher Art ist der Gesundheitsschaden?

5.2 Welcher GdB oder welche MdE besteht?

**6. Besteht noch eine weitere Unfallversicherung bei einer anderen Gesellschaft? Bei welcher?**

Versicherungsschein-Nr.:

Wurde der Fall bereits gemeldet?

Mit dem Schaden im Zusammenhang stehende Daten werden elektronisch verarbeitet.

Wir weisen darauf hin, dass alle unwahren oder unvollständigen Angaben im Zusammenhang mit diesem Schadenfall zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, wenn uns dadurch bei der Feststellung zum Eintritt oder Umfang des Schadens Nachteile entstehen; bei Vorsatz in vollem Umfang, bei grober Fahrlässigkeit entsprechend der Schwere des Verschuldens.

Vorstehende Fragen sind nach bestem Wissen richtig beantwortet.

Von dem Hinweistext für die Unfallversicherung habe ich Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

## Hinweistext für die Unfallversicherung

(Stand: Juli 2015)

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz in Ihrer Unfallversicherung:

**Die jeweils vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus Ihrem Versicherungsschein.**

Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitten den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) bzw. den Besonderen Versicherungsbedingungen (BB).

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

### 1. Invaliditätsleistung/Unfallrente

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, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

**Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.**

**Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.**

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

### 2. Übergangsleistung (AUB 61, AUB 88, AUB 95, AUB 2001)

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50 % beeinträchtigt ist,
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst zuvor gemeldet haben.

**Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.**

### **3. Sofortleistung bei schweren Verletzungen (AUB 2004, AUB 2008)**

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- eine der in den AUB bzw. BB aufgeführten schweren Verletzungen erlitten hat ODER
- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50 % beeinträchtigt ist und
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Der Anspruch auf Sofortleistung ist innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden. Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst zuvor gemeldet haben.

**Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Sofortleistung führen.**

### **4. Leistungsarten außerhalb der AUB (siehe BBU)**

- Kosmetische Operationen
- Kurbeihilfe
- Infektionen

Haben Sie mit uns Leistungen nach den oben genannten Besonderen Bedingungen vereinbart, entnehmen Sie die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen bitte den genannten Bestimmungen.

## **EINWILLIGUNGS- UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG**

### **1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten**

Wir erhalten Gesundheitsdaten von Ihnen bzw. der versicherten Person. Diese Daten speichern und nutzen wir, um eine Risikoprüfung durchzuführen oder unsere Leistungspflicht zu prüfen.

Ich willige ein, dass die BGV-Versicherung AG (nachstehend Unternehmen genannt) meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung oder zur Bearbeitung geltend gemachter Leistungen aus dem Unfallversicherungsvertrag erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (z.B. die Erben im Todesfall) übergegangen sind.

### **2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten**

#### a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung.

Ich willige ein, dass das Unternehmen meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der geltend gemachten Leistung aus dem Unfallversicherungsvertrag erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von Gutachtern an das Unternehmen zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden.

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

Das Unternehmen führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der BGV-Gruppe oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden.

Das Unternehmen führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für das Unternehmen erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.bgv.de/datenschutz](http://www.bgv.de/datenschutz) eingesehen oder bei der BGV-Versicherung AG angefordert werden.

Ich willige ein, dass das Unternehmen meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie das Unternehmen dies dürfte.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an das Unternehmen zurück übermittelt und vom Unternehmen zweckentsprechend verwendet werden.

### **3. Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Zur Prüfung des Leistungsanspruchs ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, die für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Bitte tragen Sie nachfolgende Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonal sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass wir Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des geltend gemachten Leistungsanspruchs selbst einzuholen und an uns zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Ich willige ein, dass das Unternehmen meine Gesundheitsdaten – soweit dies zur Prüfung des geltend gemachten Leistungsanspruchs erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet:

1.
2.
3.
4.
5.

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages bzw. die Bearbeitung eines Schadens in der Regel nicht möglich sein wird.

Ort, Datum

Unterschrift VN/vers. Person  
ab 16 Jahre

Geburtsdatum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters  
(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)

---