

# Unfallanzeige für Unfallversicherung und/oder Insassenunfallversicherung

VM-Nr. 04820/00

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Unfall-Nr.

Vers.-Schein-Nr. Allgemeine Unfall-Vers.  
05.402.496.7 (SV Herne)  
Vers.-Schein-Nr. Insassenunfall-Vers.

Unfalltag

Uhrzeit

Unfallort

I. a) Genaue Hergangsschilderung:

.....  
.....  
.....

b) Was war die eigentliche Ursache des Unfallhergangs?

.....  
.....

II. Angaben über die verletzte Person  
(Bei mehreren verletzten Personen bitte weitere Unfallanzeigen verwenden.)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Ausgeübter Beruf	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	
Tel.-Nr.	
Arbeits- bzw. Arbeitswegeunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1. Bei welchem Arzt, gegebenenfalls in welchem Krankenhaus war die verletzte Person wegen des Unfalls erstmals in Behandlung?	.....
2. Ab wann?	.....
3. Von welchen Ärzten, gegebenenfalls in welchem Krankenhaus wurde die verletzte Person wegen des Unfalls außerdem behandelt? (Namen und Anschriften)	.....
4. Ab wann?	.....
5. Verletzte Körperteile	.....
6. Art der Verletzungen	.....
7. Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit War eine stationäre Behandlung notwendig? (Bitte Entlassungsbescheid beifügen)	von ..... bis ..... von ..... bis ..... <input type="checkbox"/> nein

<p>8. Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel zu sich genommen?</p> <p>Blutprobe?</p> <p>Ergebnis?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____ %</p>
<p>9. Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle (auch Kriegsverletzungen)?</p> <p>Wann und welcher Art?</p> <p>Hat die verletzte Person dafür Leistungen erhalten?</p> <p>Wenn ja, von wem?</p> <p>Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen?</p> <p>Wenn ja, woran?</p> <p>Welche Ärzte hat die verletzte Person deshalb zu Rate gezogen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>10. Erhält die verletzte Person eine Rente?</p> <p>Wenn ja, welcher Prozentsatz?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____ %</p>
<p>11. Bestehen für die verletzte Person noch weitere Unfallversicherungen, Insassenunfallversicherungen oder Tagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherungen, oder haben solche Versicherungen bestanden?</p> <p>Wenn ja, bei welchen Gesellschaften? (Namen und Anschriften)</p> <p>Versicherungsschein-Nr./Schaden-Nr.</p> <p>Bei welchem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, z. B. Berufsgenossenschaft, ist die verletzte Person versichert?</p> <p>Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

III. a) Bei welcher Polizeidienststelle ist der Unfall gemeldet worden? Vollständige Anschrift, Tagebuch-Nr.

b) Aktenzeichen und Anschrift der zuständigen Staatsanwaltschaft:

IV. War(en) die verletzte(n) Person(en) Lenker oder Mitfahrer eines Kraftfahrzeuges?  ja       nein

1. Amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges \_\_\_\_\_ Art (Pkw, Lkw etc.) \_\_\_\_\_

2. Wer lenkte das Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt? \_\_\_\_\_

3. War der Lenker zum Unfallzeitpunkt im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis?  ja       nein

Klasse \_\_\_\_\_ Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie zu den Leistungsvoraussetzungen und Fristen die anliegenden „Wichtigen Hinweise zum Versicherungsschutz in der Unfallversicherung“ (siehe dort Punkt I).  
 Mir ist bewusst, dass ich verpflichtet bin, wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen. Ein Verstoß gegen diese Obliegenheit kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Über die konkreten Folgen eines Verstoßes unterrichten die beigefügten Hinweise (siehe Punkt II der „Wichtigen Hinweise zum Versicherungsschutz in der Unfallversicherung“).  
 Diese gesonderten Hinweise habe ich erhalten.

Nur für allgemeine Unfallversicherung, nicht Insassenunfallversicherung! Ist der Versicherungsnehmer mit der Auszahlung der Leistung an die versicherte Person einverstanden?  ja       nein

Sch 400 (01/2013)

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Verletzten \_\_\_\_\_

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Unfallnummer: .....

Versicherte Person: .....

Geburtsdatum: .....

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die LVM 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die LVM 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 (StGB) geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärung bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte kreuzen Sie eine der beiden Möglichkeiten an:

**Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die LVM Versicherung – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie 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 LVM Versicherung übermittelt werden.

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

## 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die LVM Versicherung 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 LVM Versicherung 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 LVM Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die LVM Versicherung 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](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die LVM Versicherung an das HIS melden. Die LVM Versicherung und andere Versicherer 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 LVM Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die LVM Versicherung 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 Versicherer ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen Versicherern können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der versicherten Person bzw.  
des gesetzlichen Vertreters

---

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

Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung besteht aus 2 Seiten. Die Unterschriften gelten für beide Seiten.

### Wichtiger Hinweis für den Versicherungsnehmer zur Anmeldung unfallbedingter Dauerfolgen

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht worden sein. Andernfalls erlischt ein Anspruch allein durch Fristablauf.

## Wichtige Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem zum Unfallzeitpunkt gültigen Versicherungsschein.

Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB), die der Unfallversicherung zugrunde liegen.

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

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

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

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.

#### 2. Kurbeihilfe / Reha-Beihilfe

Leistungen können für Maßnahmen beansprucht werden, die bis zu drei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt werden. Stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen nicht darunter.

Die Voraussetzung für die Leistungen ergeben sich bei der

- Kurbeihilfe aus den Zusatzbedingungen für Kurbeihilfe oder bei der
- Reha-Beihilfe aus den Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Reha-Beihilfe in der Unfallversicherung.

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

### II: Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Sie sind verpflichtet, alles zu tun, was der Aufklärung des Unfallereignisses dienen kann. Fragen zu den Umständen des Unfallereignisses und den medizinischen Umständen müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Ebenso müssen Sie ärztliche Anordnungen befolgen. Wegen der Einzelheiten zu Ihren Pflichten im Leistungsfall verweisen wir auf die Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Verletzen Sie vorsätzlich eine Ihrer Obliegenheiten, besteht für dieses Ereignis kein Versicherungsschutz. Verletzen Sie Ihre Pflichten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Pflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Sofern Sie nachweisen, dass Ihre Pflichtverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war, sind wir zur Leistung verpflichtet. Dies gilt jedoch nicht, wenn Sie Ihre Pflichten arglistig verletzen.

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.

An

LVM Münster  
Abt. Unf. Lstg.  
Kolde-Ring 21

48126 Münster