

Haben Zeugen den Unfall gesehen?	Ja ☐	Nein ☐	Name, Anschrift _____
Ist ein Dritter für den Unfall verantwortlich?	☐	☐	Name, Anschrift _____
Sind polizeiliche Feststellungen getroffen worden?	☐	☐	Dienststelle _____
			Aktenz. _____
Hat die versicherte Person innerhalb von 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder andere berauschende Mittel zu sich genommen?	☐	☐	wenn ja, Art und Menge _____
Wurde eine Blutprobe entnommen?	☐	☐	wenn ja, mit dem Ergebnis _____ Promille
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindel, Krampfanfall) zurückzuführen?	☐	☐	wenn ja, nachstehende Bewusstseinsstörung war zuvor eingetreten _____
Welcher Arzt behandelte (wann) zuerst?			Name _____ Anschrift _____ Datum _____ Uhrzeit _____
Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter? (ggf. auch Anschrift des Krankenhauses mit Abteilung)?			Name _____ Anschrift _____
War eine stationäre Behandlung erforderlich?	☐	☐	von - bis _____
War die versicherte Person unfallbedingt arbeitsunfähig?	☐	☐	von - bis _____
Ist mit dauernden gesundheitlichen Folgen zu rechnen?	☐	☐	Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen beifügen Art der Folgen _____
War die versicherte Person vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig?	☐	☐	wenn nein, welche Erkrankung u. seit wann bestand Arbeitsunfähigkeit? _____
Bezieht die versicherte Person Leistungen aus der Renten- oder Pflegeversicherung?	☐	☐	wenn ja, welche Pflegegrade _____ Erwerbsminderungsgrad (MdE) _____ % GdB _____
Nimmt die versicherte Person regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐	wenn ja, welche _____
Hat die versicherte Person schon früher Unfälle erlitten?	☐	☐	wenn ja, am _____
Art der Verletzungen?			_____
Welche Körperteile waren betroffen?			_____
Sind gesundheitliche Dauerfolgen verblieben?	☐	☐	wenn ja, welche? _____
Bestehen andere Unfall- oder sonstige Versicherungen , die für den aktuellen Unfall eintrittspflichtig sind oder gegen die Ansprüche erhoben werden?	☐	☐	wenn ja, welche _____
Gegen welche Gesellschaften / Personen werden Ansprüche erhoben?			_____
Unter welcher Schadennummer?			_____
Bestehen für die versicherte Person fremde Unfallversicherungen, z.B. über den Arbeitgeber, Verein usw.?	☐	☐	wenn ja, seit _____
Bei welchen Gesellschaften / Berufsgenossenschaften?			_____
Wo bestehen Krankenversicherungen?			gesetzlich ☐ privat ☐

WICHTIGER HINWEIS

Wir bitten Sie, die Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zurückzusenden.

Vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben können eine - der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende - Kürzung der Leistung 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 Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene/n ab

Erklärung zur Schweigepflicht

Schaden-Nr.:
Name, Vorname:
geb. am:

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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. Die Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch 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 entscheiden Sie sich für eine der nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I:

- ☐ Ich willige ein, dass die Volkswohl Bund Sachversicherung AG - soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten 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 und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu 10 Jahren vor Stellung des Versicherungsantrages an die Volkswohl Bund Sachversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Vertrags- und Gesundheitsdaten durch die Volkswohl Bund Sachversicherung AG an diese Stellen, ärztliche Berater / Gutachter weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Volkswohl Bund Sachversicherung AG 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.

oder Möglichkeit II:

- ☐ Ich wünsche, dass mich die Volkswohl Bund Sachversicherung AG 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 und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten durch die Volkswohl Bund Sachversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Volkswohl Bund Sachversicherung AG 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 5 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Volkswohl Bund Sachversicherung 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 10 Jahren nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

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

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters

Bitte zurücksenden an:

Volkswohl Bund Sachversicherung AG
44128 Dortmund

Schaden-Nr.:

Versicherte Person:

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

für die Weitergabe von Gesundheitsdaten und Übermittlung des Schriftverkehrs an den Vermittler

Ich willige ein, dass die Volkswohl Bund Sachversicherung den Schriftverkehr und insbesondere meine Gesundheitsdaten / bzw. die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Person sowie die sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in diesem Fall an den zuständigen Vermittler weitergeben kann. Ich befreie insoweit die für die Volkswohl Bund tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort und Datum

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

Ort und Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters