

SCHADENANZEIGE

Unfallversicherung



Bitte senden Sie die Schadenanzeige vollständig ausgefüllt und unterschrieben per E-Mail oder Post an die
TRIAS Versicherung AG, 80326 München (info@trias.de).

1. Grundlegende Informationen

Versicherungs- scheinnummer	<input type="text"/>	Schaden- nummer*	<input type="text"/>
Unfalldatum	<input type="text"/>	Uhrzeit	<input type="text"/>

2. Angaben zum Versicherungsnehmer

Anrede/Titel	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

3. Bankverbindung für Entschädigungszahlungen

Kontoinhaber	<input type="text"/>		
Geldinstitut	<input type="text"/>	IBAN	DE <input type="text"/>

4. Angaben zur verletzten Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Anrede/Titel	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

*wenn bekannt

5. Angaben zum Unfallereignis

Wo hat sich der Unfall ereignet?

Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs
(bitte ggf. auf einem gesonderten Blatt)

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Nein Ja

Polizeidienststelle

Aktenzeichen

Gibt es Augenzeugen?

Nein Ja

Name und Anschrift

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall?

Arbeitsunfall Wegeunfall

Zuständige Berufsgenossenschaft

Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken?

Nein Ja

Was und welche Menge

Wann?

Welche Verletzung(en) waren Folge des Unfalls?

Wann wurde zuerst nach dem Unfall
ärztliche Hilfe geleistet?

Name und Anschrift des Behandlers / der Klinik

War eine stationäre Behandlung notwendig?

Nein Ja

Von / bis

Klinik

Wurde ambulant behandelt?

Nein Ja

Von / bis

Heilbehandler

Hat die verletzte Person bereits früher Unfälle erlitten?

Nein Ja

Welche Folgen hatten diese früheren Unfälle?

Bestehen für die versicherte Person noch weitere Unfallversicherungen?

Nein Ja

Seit

Versicherungsunternehmen

Vertragsnummer

6. Rechtsbelehrung und Erklärung des Versicherungsnehmers und der versicherten Person:

Es besteht die vertragliche Verpflichtung uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur

Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die TRAS Versicherung AG zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

7. Schweigepflichtentbindung und Einwilligung zur Datenweitergabe

Bitte beachten Sie: Wir können für Sie nur tätig werden, wenn Sie uns die folgende Schweigepflichtentbindungserklärung unterschrieben und angekreuzt mit der Schadenanzeige zurücksenden.

Zur Weiterbearbeitung benötigen wir Arztberichte bzw. Auskünfte. Dazu muss die betreffende Stelle von ihrer Schweigepflicht

entbunden werden. Wir bitten Sie deshalb, die folgende Erklärung zu ergänzen und zu unterschreiben:

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

a) Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die TRIAS Versicherung AG (kurz: TRIAS) 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 TRIAS 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 TRIAS – soweit es für die für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten 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, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die TRIAS übermittelt werden.

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

Ort/Datum

b) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die TRIAS 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 TRIAS 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 TRIAS zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die TRIAS tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

c) Datenweitergabe an selbstständigen Vermittler

Wir haben Sie im Antragsformular auch darauf hingewiesen, dass es dazu kommen kann, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gem. § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag darstellen, dem Sie betreuenden Versicherungsvermittler – soweit erforderlich – zur Kenntnis gegeben werden können. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, wird auch im Rahmen der Leistungsfallbearbeitung über den Bearbeitungsstand informiert. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

d) Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der absendenden Stelle zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Prüfung der Schadenersatzansprüche wegen des geltend gemachten Personenschadens im Regelfall nicht möglich ist.

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)