

Schadenanzeige – Unfall

LKV Landesverbands-Kleingartenversicherungsservice GmbH
Mittelstr. 12-14 Haus B
50672 Köln
Fon: 0221 2924 555 0
schaden@lkv-service.de



Bitte reichen Sie die Schadenanzeige vollständig ausgefüllt und unterzeichnet über den Verein und Verband ein.

VOM VEREIN AUSZUFÜLLEN

Ansprechpartner*in im Verein / Kontaktdaten:

| | | | |
|----------------------|---|---------------------------------------|----------------------|
| Namen des Vereins: | | Ansprechpartner: | Telefon: |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Versicherungsbeginn: | Beitrag entrichtet? | Unterschrift des Vereinsbeauftragten: | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

VOM LANDESVERBAND AUSZUFÜLLEN:

| | |
|----------------------|------------------------------|
| Landesverband: | Stempel des Landesverbandes: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

VON PÄCHTERIN / VOM PÄCHTER / GESCHÄDIGTEN PERSON AUSZUFÜLLEN

1. Wichtige Daten

| | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Schadendatum: | Uhrzeit: | Melddatum: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Name und Anschrift der Pächterin / des Pächters: | | | |
| Anrede: | Titel: | Name: | Vorname: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße: | | Hausnummer: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Postleitzahl: | | Ort: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Geburtsdatum: | Beruf / Arbeitgeber: | Telefon: | E-Mailadresse: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



2. Versicherte / Verletzte Person (wenn nicht Pächter*in)

| | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| Anrede: | Titel: | Name: | Vorname: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße: | | Hausnummer: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Postleitzahl: | Ort: | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Geburtsdatum: | Beruf / Arbeitgeber: | Telefon: | E-Mailadresse: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Verhältnis versicherte / verletzte Person zur Pächterin / zum Pächter: | | häusliche Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

3. Bankverbindung für Entschädigungszahlungen

| | |
|----------------------|-------------------------|
| Kontoinhaber: | Name des Geldinstituts: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| IBAN: | BIC: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4. Angaben zum Unfallgeschehen

Unfallort?

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Straße: | Hausnummer: | Postleitzahl: | Ort: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wann ereignete sich der Schaden?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Datum: | Uhrzeit: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Bitte schildern Sie uns den Unfallhergang so ausführlich wie möglich (ggf. bitte auf gesondertem Blatt).

Welche Tätigkeit wurde zum Unfallzeitpunkt ausgeübt?



5. Weitere Angaben zum Unfallgeschehen und zur Behandlung der Unfallfolgen

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Nein Ja, Polizeidienststelle: _____ / Tagebuchnummer: _____

Ist ein Strafverfahren anhängig?

Nein Ja, Staatsanwaltschaft: _____ / Aktenzeichen: _____

Welche Augenzeugen des Unfalls können Sie nennen? (bitte Namen und Anschriften angeben)

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

Nein Ja, was und welche Menge? _____ / Wann? _____ (Datum / Uhrzeit)

Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen?

Ja Nein

Wenn ja, wie hoch war der Blutalkoholgehalt in ‰ zum Unfallzeitpunkt?

Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?

Ja Nein

Wenn ja, Art der Medikamente bzw. Rauschmittel?

War die Ursache für den Unfall eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall, Epilepsie oder dergleichen)?

Ja Nein

Welche Verletzungen sind durch das Unfallereignis aufgetreten (Art der Verletzung, betroffene Körperteile)?

Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe geleistet? (Datum / Uhrzeit)

Ärztin / Arzt / Klinik (Name und Anschrift):

Wann und durch wen wurde die Behandlung fortgesetzt? (Datum / Uhrzeit)

Ärztin / Arzt / Klinik (Name und Anschrift):

Ist / war eine stationäre Behandlung erforderlich?

Nein Ja, seit _____ / Wie lange wird diese voraussichtlich dauern? _____ / Beendet am? _____

Findet / fand eine ambulante Behandlung statt?

Nein Ja, seit _____ / Wie lange wird diese voraussichtlich dauern? _____ / Beendet am? _____

Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten?

Ja Nein

Welche Folgen hatten diese früheren Unfälle?

Besteht für die verletzte Person ein Pflegegrad oder wurde diese beantragt?

Nein Ja, seit _____ / Welche Pflegestufe besteht bei der verletzten Person _____

Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung?

Falls ja, wodurch?

Nein Ja, in welchem Grad? _____

6. Angaben zu Versicherungen / Sozialversicherungsträgern

Besteht für die verletzte Person noch eine weitere Unfallversicherung?

Nein Ja, bitte geben Sie uns den Namen, die Anschrift sowie die Versicherungsscheinnummer(n) der weiteren Versicherung(en) bekannt:

Besteht für die verletzte Person eine private oder gesetzliche Krankenversicherung?

Nein Ja, bitte geben Sie uns den Namen, die Anschrift sowie die Versicherungsscheinnummer(n) der weiteren Versicherung(en) bekannt:

7. Bei Unfällen außerhalb der Gartenanlage

War die verletzte Person auf dem direkten Wege von der Wohnung oder Arbeitsstätte zum Garten oder umgekehrt?

Ja Nein

8. Bei Unfällen mit Fahrzeugen

Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt?

PKW Krad / Roller Fahrrad Sonstiges _____

War die verletzte Person Lenker dieses Fahrzeugs?

Nein Ja

War der Fahrzeuglenker im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

Nein Ja

9. Gebietsfremde

Falls Sie innerhalb der letzten sechs Monate Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland hatten oder zu einer der folgenden Berufsgruppen zählen, bitten wir um Mitteilung, da wir gemäß § 26 Außenwirtschaftsgesetz (AWG) in Verbindung mit §§ 59 ff. der Außenwirtschaftsverordnung (AWV) verpflichtet sind, Zahlungen an gebietsfremde Personen an die Deutsche Bundesbank zu melden. Berufsgruppen: ausländische Studenten, Diplomaten, Armeeangehörige (ausgenommen Bundeswehr) sowie deren Familienmitglieder.

ja, ich bin gebietsfremd.

Sofern an dieser Stelle von Ihnen keine Angaben gemacht wurden, gehen wir davon aus, dass Sie gebietsansässig sind.

10. Erklärung der Pächterin / des Pächters und der verletzten Person

Es besteht die vertragliche Obliegenheit 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 Janitos 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 der Pächterin / des Pächters: |
| Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Pächter*in) | Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter*in |

Bitte beachten Sie: Wir können für Sie nur tätig werden, wenn Sie uns die beiliegenden Schweigepflicht-entbindungserklärung unterschrieben und angekreuzt mit der Schadenanzeige zurücksenden.



11. Entbindung von der Schweigepflicht

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:

Schadensnummer:

Versicherungsscheinnummer:

Ereignis vom:

Einwilligung und Schweigepflichtenbindung 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 Janitos Versicherung AG (kurz: Janitos) 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 Janitos benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung 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 Janitos – 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 Janitos übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Janitos an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Janitos 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 Janitos 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 Janitos einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Janitos 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 Janitos 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 Janitos benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 Janitos meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckent-sprechend verwendet und die Ergebnisse an die Janitos zurück über-mittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Janitos tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbständigen 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 geschützten 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.

4. Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtenbindung 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.

Ort, Datum:

Unterschrift der Pächterin / des Pächters:

Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Pächter*in)

Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter*in