

Unfallanzeige für die Krankenversicherung

Service-Nr.	Fall-Nr.	KV	GS-Nr.	Zeichen
1. Name, Vorname und Geburtsdatum des/der Verletzten	geboren am:			
2. Genaue Anschrift des/der Verletzten (mit Postleitzahl)	<input type="checkbox"/> Tel.-Nr. dienstlich: <input type="checkbox"/> Tel.-Nr. privat:			
3. Beruf des/der Verletzten				
4. Ausgeübte Tätigkeit im Beruf	als:			
5. Beschäftigt bei (Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Dienststelle)				
6. Wann ereignete sich der Unfall?	am:	(bitte ggf. berichtigen)	Uhrzeit:	
7. Wo? (genaue Bezeichnung des Ortes, Gebäudes oder Raumes erforderlich)				
8. Bei welcher Verrichtung oder Tätigkeit? Unfall mit einem Tier? Ggf. mit welchem?				
9. Unfall während der Tätigkeit oder auf dem Wege zum/zur bzw. vom/von der	<input type="checkbox"/> Dienst <input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Uni <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> ehrenamtlichen Tätigkeit <input type="checkbox"/> Tätigkeit als häusliche Pflegeperson <input type="checkbox"/> nein			
10. Wurde der Unfall dem Dienstherrn, einer Berufsgenossenschaft oder einer gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja, wem/welcher? <input type="checkbox"/> nein		Aktenzeichen:	
11. Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja Dienststelle: <input type="checkbox"/> nein		Tagebuch-Nr.:	
12. Wurde ein Ordnungswidrigkeits-/Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> ja gegen: bei Behörde/Staatsanwaltschaft: <input type="checkbox"/> nein		Aktenzeichen:	
13. Name und Anschrift von Zeugen				
14. Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten?				
15. Unfallschilderung (ggf. mit Skizze) - Aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild des Unfallablaufs/Bewegungsablaufs ergeben, ggf. ein gesondertes Blatt beifügen -				
15a. Wurde der Unfall durch bestimmte Mängel (z. B. schadhafte Treppe/Bürgersteig, mangelnde Beleuchtung/Streuung bei Eisglätte) oder sonstige äußere Einflüsse (z. B. Stein, Wurzel, Bodenunebenheit) herbeigeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?				
16. Bei Verkehrsunfällen: Fahrer Ihres Fahrzeuges? (Name, Anschrift, Alter, Führerscheindaten)			Führerschein Klasse:	ausgestellt am:
17. Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeuges?	Pol. Kennzeichen:	Fabrikat:	<input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Omnibus	
18. Name und Anschrift des Unfallgegners/ Tierhalters				
19. Kfz des Unfallgegners	Art:	Typ:	Pol. Kennzeichen:	
20. Haftpflichtversicherung des Unfallgegners/ Tierhalters	Versicherungs-Gesellschaft:		Versicherungs-Nr.:	Schaden-Nr.:

21. Haben Sie einen Rechtsanwalt eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift:
Sollte Ihnen vom Schadenverursacher eine vergleichsweise Regelung angeboten werden, verzichten Sie bitte nicht auf Ihre Ansprüche ohne Rückfrage bei uns.	

Schweigepflicht- Entbindungserklärung für die Unfallanzeigen in der Krankenversicherung

Mir ist bekannt, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (im Folgenden kurz Debeka genannt) zur Beurteilung seiner Leistungspflichten die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Die Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern. **(gegebenenfalls streichen)**

Ebenso entbinde ich die Genannten von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Außerdem ist mir bekannt, dass die Debeka zur Beurteilung der Leistungspflicht im notwendigen Umfang Unterlagen, die Krankheitsdaten enthalten, an medizinische Sachverständige (Gutachter) bzw. beratende Ärzte/medizinische Institute sowie zur Geltendmachung bestehender Regressansprüche an Unfallgegner bzw. deren Haftpflichtversicherer weiterleitet.

(gegebenenfalls streichen)

Wichtiger Hinweis:

Die genaue und vollständige Beantwortung vorstehender Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalles und hinsichtlich des Umfangs der Leistungspflicht für den Versicherer von erheblicher Bedeutung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Fragen dieser Unfallanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich die Antworten nicht selbst niedergeschrieben habe. Es ist mir bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Wir bleiben zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Mir ist bekannt, dass ich diese allgemeinen Schweigepflicht-Entbindungserklärungen nicht abgeben muss bzw. jederzeit - auch teilweise - widerrufen kann.

Im Fall der Streichung bzw. des Widerrufs der Schweigepflicht-Entbindungserklärung werde ich, sofern von der Debeka konkret verlangt, im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich andere Versicherungsunternehmen, Angehörige von Heilberufen oder Krankenanstalten, Gutachter, beratende Ärzte/medizinische Institute sowie Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass es durch dieses Verfahren der Einzelschweigepflicht-Entbindungserklärung zu Verzögerungen der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers kommen kann, wenn dem Versicherer die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs erforderlichen Informationen nicht, unvollständig oder mit zeitlicher Verzögerung zugehen. Wird die Weitergabe von Krankheitsdaten an Dritte, gegenüber denen Ersatzansprüche geltend gemacht werden sollen, widersprochen, kann es gemäß § 11 MB/KK zu Kürzungen der Leistungen kommen.

Unterschrift der verletzten Person (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)
(Erklärung muss gesondert unterschrieben werden, da sonst eine weitere Bearbeitung nicht möglich ist.)

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Unterschrift des Versicherungsnehmers
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)