

Vertrags-/Schadensnummer:

Die hier verwendeten personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechteridentitäten.

VOLKSWOHL BUND, Postfach, 44128 Dortmund
E-Mail: schaden@volkswohl-bund.de

Schadenanzeige

Unfallversicherung

Einfach die Schadenanzeige ausgefüllt zurückschicken oder als Foto mit weiteren Unterlagen hochladen über **www.vb-schaden.de**.



Versicherungsnehmer	Vor- und Nachname		
	Straße		
	PLZ, Ort		
	Telefon	privat _____ dienstlich _____	
		mobil _____ Fax _____	
		E-Mail _____	
Verletzte / Versicherte Person	Vor- und Nachname		
	Geburtsddatum		
	Ausgeübter Beruf vor dem Unfall		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ, Ort		
	Telefon (bitte auch Handy-Nr.)		
	Wann ist der Unfall entstanden?	Datum _____ Uhrzeit _____	
	Wo ist der Unfall entstanden?	Ort _____ Straße _____	
	Welche Verletzungen und Beeinträchtigungen sind durch den Unfall entstanden (ärztliche Diagnose)?		

Wie ist der Unfall entstanden? (Bitte schildern Sie den Unfall ausführlich)

[illegible]

Wenn der hier vorhandene Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt beifügen. Gesondertes Blatt beigefügt: ☐ ja

	Ja	Nein	
Haben Zeugen den Unfall gesehen?	☐	☐	Name, Anschrift _____
Sind polizeiliche Feststellungen getroffen worden?	☐	☐	Anschrift Dienststelle _____
Ggf. welche Staatsanwaltschaft?			_____
Aktenzeichen?			_____
Hat die versicherte Person 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder andere berauschende Mittel zu sich genommen?	☐	☐	wenn ja, Art und Menge _____ Uhrzeit: von – bis _____
Zeitraum der Einnahme			
Wurde eine Blutprobe entnommen?	☐	☐	wenn ja, mit dem Ergebnis _____ ^{0/100}
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindel, Krampfanfall) zurückzuführen?	☐	☐	wenn ja, _____
War die versicherte Person als Lenker eines Fahrzeuges im Besitz der erforderlichen Erlaubnis?	☐	☐	Führerscheinklasse _____
Welcher Arzt behandelte (wann) zuerst?			Name _____ Anschrift _____ Datum, Uhrzeit _____ Name, Anschrift _____
Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter (ggf. auch Anschrift des Krankenhauses mit Abteilung)?			_____
Wie lange hat die stationäre Behandlung gedauert?			von – bis _____
Ist die versicherte Person wieder arbeitsfähig?	☐	☐	seit _____
War die versicherte Person vor dem Unfall akut oder chronisch krank (auch Suchterkrankung) oder lag eine Behinderung oder Anomalie vor?	☐	☐	wenn ja, welche u. seit wann? _____
Welche Ärzte behandelten diese Erkrankungen? (Bitte Anschriften angeben)			_____
Bezieht die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung?	☐	☐	wenn ja, welcher Pflegegrad _____ seit: _____
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente?	☐	☐	Erwerbsminderungsgrad (MdE) _____ % , GdB _____
Ggf. von welcher Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)?			_____
Nimmt die versicherte Person regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐	Wenn ja, welche _____
Hat die versicherte Person schon früher Unfälle erlitten?	☐	☐	wenn ja, am _____
Art der Verletzungen?			_____
Hat sie dafür Invaliditätsentschädigungen erhalten?	☐	☐	wenn ja, von wem? _____
Bestehen für die versicherte Person weitere eigene Unfallversicherungen?	☐	☐	wenn ja, seit _____
Bei welchen Gesellschaften?			_____
Unter welcher Versicherungsscheinnummer?			_____
Bestehen für die/den Versicherte(n) fremde Unfallversicherungen, z.B. über den Arbeitgeber, Verein usw.?	☐	☐	wenn ja, seit _____
Bei welchen Gesellschaften / Berufsgenossenschaften?			_____

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 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

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der verletzten Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Schweigepflicht

Schaden-Nr.:

Name, Vorname:

geb. am:

Um Ihre Gesundheitsdaten für die geltend gemachten Ansprüche erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus werden Ihre Schweigepflichtentbindungen benötigt, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Unfallversicherung benötigt die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG (unter 3.)

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG die von mir zu diesem Versicherungsfall übermittelten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht ist es in Ihrem Versicherungsfall erforderlich, dass die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG 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.

Die Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung werden für die Unternehmen sowie für diese Stellen benötigt, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden 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 VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG – soweit es 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 Versicherungsantrages an und die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG an diese Stellen 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 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 Versicherungsantrages beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrages vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

3.2 Übertragung von Aufgaben an Assistancedienstleister (Unternehmen oder Personen)

Die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG geben versicherte Assistancedienstleistungen in Auftrag, bei der es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung und soweit erforderlich für die Assistancedienstleister.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten an die Assistancedienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG dies tun dürfte.

Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Dienstleister im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen zu den Punkten 1 bis 3 nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder die Prüfung Ihres Anspruches in der Regel nicht möglich sein wird.

Ort, Datum

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

Unterschrift der/des gesetzlichen
Vertreter(s)

Bitte zurücksenden an:

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG
44128 Dortmund

Schaden-Nr.:
Versicherte Person:
Geburtsdatum:

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

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

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG 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 und dessen Mitarbeiter weitergeben kann. Ich befreie insoweit die für die VOLKSWOHL BUND tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Es steht mir frei, die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu 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