

SAARLAND Feuerversicherung AG

Schadenzentrum Saarland/Pfalz
Postfach 10 26 53
66026 Saarbrücken

Tel. 0681/601999

Fax 0681/60180999

E-Mail: zs-unfall@saarland-versicherungen.de

Schadenmeldung zur Unfall-/Insassenunfallversicherung

Vertrags-Nr.:

Schaden-Nr.:

Liebe Kundin, Lieber Kunde

*Bitte beachten Sie unbedingt das beigefügte **Hinweisblatt für den Schadenfall und zum Versicherungsschutz in Ihrer Unfallversicherung**. Ansonsten können Ihnen erhebliche Rechtsnachteile bei der Geltendmachung von Leistungsansprüchen entstehen.*

Ist ein Schadenfall eingetreten, haben Sie eine Reihe von vertraglich vereinbarten Obliegenheiten zu beachten. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann das Versicherungsunternehmen den Versicherungsschutz bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung vollständig, bei grob fahrlässiger Obliegenheitsverletzung zumindest teilweise versagen.

- 1a. *Name, Geburtsdatum, Beruf, Telefonnummer und vollständige Anschrift des **Versicherungsnehmers***

- 1b. *Name, Geburtsdatum, Beruf, Telefonnummer und vollständige Anschrift der **versicherten Person**:*

- 2a. *Wann ereignete sich der Unfall?
(Datum und Uhrzeit)*

- 2b. *Wo ereignete sich der Unfall?
(vollständige Ortsbezeichnung)*

- 2c. *Bei welcher Beschäftigung/Gelegenheit ereignete sich der Unfall?*

- 3a. *Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? (Bitte vollständige Adresse und Aktenzeichen der Dienststelle angeben.)*

- 3b. *Sind Zeugen vorhanden, die Angaben zum Unfallhergang machen können?
(Bitte vollst. Namen und Adresse!)*

- 4a. *Benutztes Kraftfahrzeug:* PKW, amtliches Kennzeichen:
LKW, amtliches Kennzeichen:
Krad, amtliches Kennzeichen:
Moped, Mofa, Arbeitsmaschine:
- 4b. *Welche Personen (bitte vollständigen Namen und Adresse angeben) waren zum Unfallzeitpunkt in oder auf dem Kraftfahrzeug?*

<i>Fahrer/Fahrerin:</i>	<i>Gurt angelegt?</i>
<i>Insasse 1:</i>	<i>Gurt angelegt?</i>
<i>Insasse 2:</i>	<i>Gurt angelegt?</i>
<i>Insasse 3:</i>	<i>Gurt angelegt?</i>
<i>Insasse 4:</i>	<i>Gurt angelegt?</i>

- 4c. *Hatte die Fahrerin/der Fahrer zum Unfallzeitpunkt eine amtliche Fahrerlaubnis (oder Prüfbescheinigung)?* Ja: Nein:

- 5a. *Hatte der/die Verletzte in den letzten 24 Stunden vor oder nach dem Unfall alkoholische Getränke oder berauschende Mittel zu sich genommen?*

Ja: Nein:

- 5b. *Wurde nach dem Unfall ein Alkoholtest durchgeführt oder eine Blutprobe entnommen?* Ja Nein Ergebnis (in Promille)?

(Wenn ja, bitte Name, vollständige Adresse und Aktenzeichen der zuständigen Stelle angeben.)

6. *Unfallhergang (bitte **ausführliche** Sachverhaltsschilderung und – falls aus Ihrer Sicht erforderlich -- Skizze fertigen)*

Skizze (falls erforderlich):

7. *Welche Verletzungen/Erkrankungen sind unfallbedingt eingetreten?*

- 8a. *Welchen Arzt/Welches Krankenhaus haben Sie wann aufgrund der Verletzungen aufgesucht? (Bitte vollständigen Namen, Adresse und ggf. Stationsbezeichnung angeben)*

Datum: *Name u. vollst. Anschrift:*

- 8b. Dauer des Krankenhausaufenthaltes: vom bis
 8c. Dauer der Arbeitsunfähigkeit: vom bis
- 8d. Welcher Arzt behandelt den Verletzten nach dem Unfall ambulant weiter?
 (Bitte vollständigen Namen und Adresse angeben)
9. Ist damit zu rechnen, dass aufgrund der unter Nr. 7 angegebenen Verletzungen ein Dauerschaden zurückbleibt? Ja: Nein: Derzeit ungewiss:
10. Bestand bereits vor dem Unfall eine Gesundheitsschädigung? Wenn ja, welche (bitte Kopie des Bescheides des Versorgungsamtes oder des Rentenbescheides beifügen) und wie hoch ist der Grad der Behinderung (in %)?
11. Wurde der Unfall einer Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft gemeldet?
 (Wenn ja, teilen Sie uns bitte den vollständigen Namen, die Adresse, das Meldedatum sowie das Aktenzeichen mit)
12. Ist die versicherte Person auch noch bei einer anderen Versicherungsgesellschaft gegen Unfälle versichert? (Teilen Sie uns bitte den Namen, die vollständige Adresse sowie die Versicherungsschein-/Schadensnummer dieser Gesellschaft mit.)
13. Sind früher bereits Unfälle eingetreten, die zu einer Leistung unserer oder einer anderen Gesellschaft geführt haben?
 Ja: Nein: Anzahl: Höhe der Leistung in EUR:
14. Bankverbindung, an die eine mögliche Leistung angewiesen werden soll:
 BLZ: Konto-Nr.: Name der Bank:

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 213 VVG

Mir ist bekannt, dass der Versicherer aufgrund des **hier gemeldeten Schadenfalls** in der Allgemeinen Unfallversicherung / Insassenunfallversicherung zwecks Prüfung meiner Angaben und der Angaben in den ggf. von mir vorgelegten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste etc.) zur abschließenden Beurteilung seiner Leistungspflicht ggf. Angaben über meinen Gesundheitszustand -- auch über frühere und jetzt ggf. unfallbeeinflussende Erkrankungen und Unfälle -- bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden einholen muss.

Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte sowie die zuständigen Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der
versicherten Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers
bzw. gesetzlichen Vertreters



SAARLAND Feuerversicherung AG
Schadenzentrum Saarland/Pfalz
Postfach 10 26 53
66026 Saarbrücken

Tel. 0681/601999
Fax 0681/60180999
E-Mail: zs-unfall@saarland-versicherungen.de

Hinweisblatt für den Schadenfall und zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung für Ihre Unterlagen

In Ihrem Schadenfall brauchen wir Ihre Mithilfe.

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen, vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann. Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen – vorsätzlich – keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns – vorsätzlich – die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößen Sie – grob fahrlässig – gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wenn das Recht auf vertragliche Leistungen nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den für den Versicherungsvertrag zu Grunde liegenden, jeweiligen Versicherungsbedingungen (z. B. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung, den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung, den ggf. vereinbarten Sonderbedingungen etc.)

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung / Unfallrente:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb **eines Jahres** ab dem Unfalltag eingetreten
- innerhalb **15 Monate** ab dem Unfalltag von einem Arzt schriftlich festgestellt **und**
- innerhalb von **15 Monaten** ab dem Unfalltag von Ihnen geltend gemacht worden ist, **auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben!**

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Für die **Unfallrente** gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung:

Ein Anspruch auf **Übergangsleistung/erweiterte Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- * nach Ablauf von **drei Monaten** vom Unfalltag an gerechnet und
- * ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- * noch um mindestens **100 %** beeinträchtigt ist
- * die Beeinträchtigung innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden hat
- * Die Beeinträchtigung muss spätestens **4 Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben bzw.
- * nach Ablauf von **sechs Monaten** vom Unfalltag an gerechnet und
- * ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- * noch um mindestens **50 %** beeinträchtigt ist,
- * die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- * die Beeinträchtigung muss spätestens **sieben Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht haben. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

3. Kosmetische Operationen:

Die kosmetische Operation muss – vom Unfalltag an gerechnet – innerhalb von drei Jahren erfolgt sein. Bei Unfällen von Minderjährigen spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

4. Neubemessung der Invalidität:

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, ärztlich neu bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Das Recht zur Neubemessung ist von uns zusammen mit unserer Erklärung über die Leistungspflicht geltend zu machen. Von Ihnen muss das Recht vor Ablauf der maßgeblichen Frist ausgeübt werden.

5. Leistungsarten außerhalb der AUB/AB UBR etc.:

Haben Sie außerhalb der AUB bzw. der AUB/UBR mit uns weitere Leistungen (z. B. Sofortleistungen, Kurbeihilfen etc.) vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und jeweils einzuhaltenden Fristen den jeweiligen besonderen Bedingungen zu entnehmen.