

# Unfallanzeige

Westfälische Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft, Provinzial-Allee 1, 48131 Münster, Telefon 0251/2190, Telefax 0251/219-3135,  
E-Mail: [wp-service@provinzial.de](mailto:wp-service@provinzial.de), Schadenhotline: 0251/2199826

|  |                |               |
|--|----------------|---------------|
| Versicherungsnummer<br>U / K <u>23052137</u>       | Kundennummer   | Schadennummer |
| Name, Vorname der / des Verletzten                 |                | Geburtsdatum  |
| Straße, Hausnummer                                 |                |               |
| Postleitzahl, Wohnort                              |                |               |
| Rufnummer, unter der Sie am besten erreichbar sind | E-Mail Adresse |               |
| Ausgeübter Beruf oder Gewerbe                      |                |               |

|           |            |           |
|-----------|------------|-----------|
| Unfalltag | Unfallzeit | Unfallort |
|-----------|------------|-----------|

**Bitte schildern Sie den Unfallhergang möglichst detailliert**  
– Lag ein äußerer Einfluss vor (z. B. Unebenheit, Kante, Sturz o. ä.)?

**Welche Polizeidienststelle hat Feststellungen getroffen?**  
Nach Möglichkeit bitte eine Kopie des Unfallberichtes, Aktenzeichen oder Tagebuchnummer beifügen.

**Handelt es sich hierbei um einen Arbeits- oder Dienstunfall (Wegeunfall)?**

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Aktenzeichen der Berufsgenossenschaft angeben.

**Bei Verkehrsunfällen:  
Besaß der Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis?**

Ja  Nein

Sofern vorhanden, geben Sie bitte Name und Anschrift der Unfallzeugen an.

**Hatten Sie vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?**

Ja  Nein

**Wurde eine Blutprobe entnommen?**

Ja  Nein

**Wenn ja, mit welchem Ergebnis?**

**Welche Verletzungen haben Sie erlitten (Diagnose)?**

(Bitte fügen Sie nach Möglichkeit Arzt- und Krankenhausunterlagen, sowie den Erstbefund bei.)

**Welcher Körperteil ist betroffen?**

**– bei Gliedmaßen**

rechts  links

**Welche Ärzte haben Sie aufgrund des Unfalles behandelt?**

Name, Anschrift

**Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt?**

Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Nein

**Wie lauten der Name und die Anschrift des behandelnden Arztes / des Krankenhauses?**

**Für welchen Zeitraum waren Sie infolge des Unfalles arbeitsunfähig?**

Bitte nach Möglichkeit entsprechende Belege beifügen.

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an Krankheiten oder Gebrechen?**

Ja  Nein

**Wenn ja, an welchen?**

**Sind Sie in eine Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung eingestuft?**

Ja  Nein

**Wenn ja, in welche?**

Pflegestufe I  Pflegestufe II  Pflegestufe III

**Wann wurde die Pflegestufe erteilt (Datum)?**

**Sind Sie noch bei anderen Gesellschaften gegen Unfall versichert?**

Ja  Nein

**Wenn ja, mit welcher Versicherungs- / Schadennummer?**

**An wen (genaue Anschrift) soll die Entschädigung überwiesen werden?**

**Auf welches Konto?**

Bankleitzahl

Kontonummer

**Nur im Todesfall auszufüllen.**

Name und Anschrift der / des Angehörigen?

**Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen bei Verletzungen der Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.**

Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung 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 Westfälische Provinzial Versicherung 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. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Westfälische Provinzial Versicherung AG 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 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 Westfälische Provinzial Versicherung 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 bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrages an die Westfälische Provinzial Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Westfälische Provinzial Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch in soweit die für die Westfälische Provinzial Versicherung 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.

#### Möglichkeit II

Ich wünsche, dass mich die Westfälische Provinzial Versicherung 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 Westfälische Provinzial Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Westfälische Provinzial Versicherung AG einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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 Westfälische Provinzial Versicherung 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.

### 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

### 3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem HIS

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrag hindeuten könnten, kann die Westfälische Provinzial Versicherung AG an das HIS melden. Die Westfälische Provinzial Versicherung AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die Westfälische Provinzial Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Westfälische Provinzial Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

**Bitte dem Versicherungsnehmer aushändigen!**

**Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

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 Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

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. Verstoßen 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.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

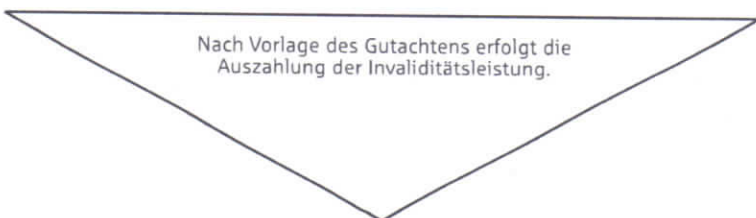
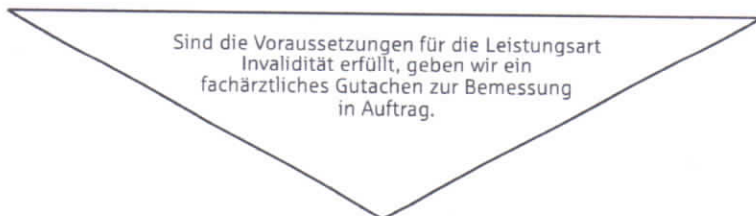
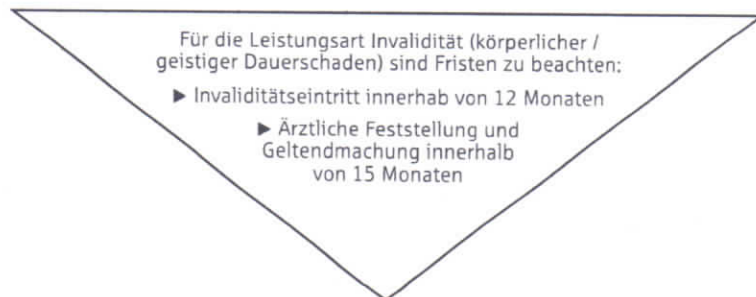
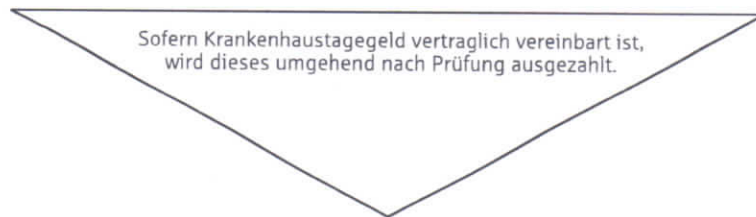
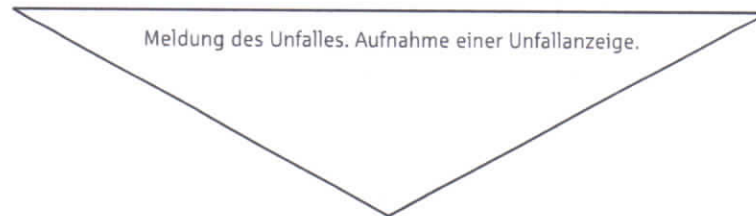
**Hinweis**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

**Bitte dem Versicherungsnehmer aushändigen!**

Was passiert nach einem Unfallschaden?

Beispiel: Der Versicherte stürzt mit dem Fahrrad und bricht sich bei diesem Sturz den Arm.  
Aus diesem Grund ist ein Krankenhausaufenthalt von 3 Tagen notwendig. Versicherungsschutz besteht.



**Für Fragen: Schadenhotline 0251/2199826**