

<b>Versicherungsscheinnummer:</b>  <hr/> <b>Schadennummer:</b>	<h2>Schadenanzeige – Unfall</h2>
--	----------------------------------

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
 von Ihrem Schadenfall erhielten wir Kenntnis. Bitte senden Sie diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an die Janitos Versicherung AG zurück.  
 Vielen Dank.

### A. Angaben zum Versicherungsnehmer

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Land:
Telefonnummer (tagsüber und/oder privat):	E-Mail Adresse:
Beruf:	Arbeitgeber / beschäftigt bei:
Bankverbindung des Versicherungsnehmers bzw. der verletzten Person für evtl. Entschädigungsleistungen: Name des Geldinstitutes: Kontoinhaber:	Konto-Nr: BLZ:

### B. Angaben zur verletzten Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Land:
Telefonnummer (tagsüber und/oder privat):	E-Mail Adresse:
Beruf:	Arbeitgeber / beschäftigt bei:

### C. Angaben zum Unfallgeschehen

Datum des Ereignisses: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt des Ereignisses: \_\_\_\_\_

Unfallort : \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

**D. Bitte schildern Sie uns den Unfallhergang so ausführlich wie möglich**

---



---



---



---



---



---

**E. Weitere Angaben zum Unfallgeschehen und zur Behandlung der Unfallfolgen**

1. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  nein  ja  
 Dienststelle: \_\_\_\_\_ Tagebuchnummer: \_\_\_\_\_

2. Ist ein Strafverfahren anhängig?  nein  ja  
 Staatsanwaltschaft: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

3. Welche Augenzeugen des Unfalls können Sie nennen? (bitte Namen und Anschriften angeben)  
 \_\_\_\_\_

4. Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken?  nein  ja  
 Wenn ja, was und welche Menge? \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ (Uhrzeit/Datum)

5. Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen?  nein  ja  
 Wenn ja, wie hoch war der Blutalkoholgehalt in o/oo zum Unfallzeitpunkt: \_\_\_\_\_

6. Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?  nein  ja  
 Wenn ja, Art der Medikamente bzw. Rauschmittel? \_\_\_\_\_

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

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

9. An welchem Tag, zu welcher Stunde und durch wen wurde zuerst ärztliche Hilfe geleistet?  
 Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
 Arzt/Klinik (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

10. Wann und durch wen wurde die Behandlung fortgesetzt?  
 Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Klinik/Arzt.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Klinik/Arzt.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Klinik/Arzt.: \_\_\_\_\_

11. Ist / war eine stationäre Behandlung erforderlich?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? \_\_\_\_\_ Wurde beendet am: \_\_\_\_\_

12. Findet / fand eine ambulante Behandlung statt?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_  
Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? \_\_\_\_\_ Wurde beendet am: \_\_\_\_\_

13. Wurde die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben?  nein  ja, ab: \_\_\_\_\_  
Ist die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bereits beendet?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_  
Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein? \_\_\_\_\_

14. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig?  ja  nein  
Wenn ja, die verletzte Person leidet an: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
und an: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
und an: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

15. Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten?  nein  ja  
Wenn ja, wann und mit welchen Folgen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Besteht für die verletzte Person eine Pflegestufe oder wurde diese beantragt?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche Pflegestufe besteht bei der verletzten Person \_\_\_\_\_

17. Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung?  nein  ja  
Wodurch und in welchem Grad? \_\_\_\_\_%

---

## F. Angaben zu Versicherungen / Sozialversicherungsträgern

1. Besteht für die verletzte Person noch eine weitere Unfallversicherung?  nein  ja  
Wenn ja, geben Sie uns bitte den Namen, die Anschrift sowie die Versicherungsscheinnummer(n) der weiteren Versicherung(en) bekannt \_\_\_\_\_

2. Handelt es sich um einen  
 Betriebs-/ Arbeitsunfall  Wegeunfall (auf direktem Wege von/zur Arbeitsstätte)  Unfall ohne Bezug zum Beruf

3. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? \_\_\_\_\_

4. Besteht für die verletzte Person eine private oder gesetzliche Krankenversicherung?  nein  ja,  
Wenn ja, geben Sie uns bitte den Namen, die Anschrift sowie die Versicherungsscheinnummer(n) der weiteren Versicherung(en) bekannt \_\_\_\_\_

5. Besteht für die verletzte Person eine Auslandsreisekrankenversicherung?  nein  ja,  
Wenn ja, geben Sie uns bitte den Namen, die Anschrift sowie die Versicherungsscheinnummer(n) der weiteren Versicherung(en) bekannt \_\_\_\_\_

## 6. Verfügt die verletzte Person über eine Kreditkarte?

Wenn ja, geben Sie uns bitte die Art der Kreditkarte (z. B. Visa Gold) bekannt \_\_\_\_\_

## 7. Besteht für die verletzte Person ein ÖAMTC Schutzbrief?

nein

ja,

Wenn ja, geben Sie uns bitte die Mitgliedsnummer bekannt \_\_\_\_\_

---

## G. Bei Unfällen mit Fahrzeugen

1. Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt?  Pkw  Krad/Roller  Fahrrad  \_\_\_\_\_

2. War die verletzte Person Lenker dieses Fahrzeugs?

nein

ja

3. War der Fahrzeuglenker im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

nein

ja

---

## H. Gebietsfremde

Falls der Zahlungsempfänger innerhalb der letzten sechs Monate seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland hatte oder zu einer der folgenden Berufsgruppen zählt, 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, der Zahlungsempfänger ist gebietsfremd.

Sofern an dieser Stelle von Ihnen keine Angaben gemacht wurden, gehen wir davon aus, dass der Zahlungsempfänger gebietsansässig ist.

---

## I. Erklärung des Versicherungsnehmers 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 \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Versicherungsnehmer) Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter

## J. 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 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 Janitos 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 Janitos zurück übermittelt 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.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherungsnehmers

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Versicherungsnehmer) Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter

Betrifft diese Anfrage Minderjährige, so ist diese Erklärung vom gesetzlichen Vertreter = Vater, Mutter bzw. Vormund zu unterschreiben; bei Verstorbenen vom betreffenden Rechtsnachfolger mit Einreichung des entsprechenden Nachweises.