



Herr/Frau/Firma

Bitte senden Sie diese Schadenanzeige an:

AXA Versicherung
Aktiengesellschaft
Abt. Unfallschaden
Colonia-Allee 10-20
51067 Köln

Bitte stets angeben

Versicherungsschein-Nr. Bei Gruppen-Unfallversicherung zusätzlich: Gruppe Lfd. Nr.
Wird die AXA im Zusammenhang mit diesem Schaden noch anderweitig in Anspruch genommen?
Kraftfahrzeughaftpflicht Kraftfahrzeugkasko sonstiger Vertrag, und zwar Versicherungsschein- oder Schaden-Nr. des anderen Produktes

Verletzte Person

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße, Hausnummer Telefon-Nr.
PLZ, Ort ausgeübter Beruf vor dem Unfall und seit wann

Unfallhergang

Wann und wo ereignete sich der Unfall? Datum Uhrzeit Unfallort/-stelle (Straße, Platz, Nr.)
Bei welcher Gelegenheit? bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten zu Hause bei sonstiger Gelegenheit
auf dem Weg dorthin oder von dort beim Einkaufen

Wie hat sich der Unfall ereignet? Bitte ausführlich schildern

Worin bestehen die Verletzungen (Diagnosen)?

Hat die verletzte Person innerhalb von 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? Wann? Art und Menge?

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Anschrift und Aktenzeichen der Polizeidienststelle

Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen? Ergebnis in ‰

Bei Kraftfahrzeug-Unfällen Was für ein Fahrzeug wurde benutzt?
 Art (z.B. PKW, Krad) Amtliches Kennzeichen

Wer lenkte das Fahrzeug?
 Name, Vorname Führerscheinklasse Ausstellungsdatum

Bitte zusätzlich bei Ansprüchen aus einer Insassen-Unfallversicherung beantworten:
 Ist der Fahrzeuglenker beim Versicherungsnehmer als Kraftfahrer oder Beifahrer angestellt? ja nein
 Wie viele Personen nahmen an der Fahrt teil? Anzahl Wie viele waren davon unter 14 Jahren? Anzahl
 Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

Ärztliche Behandlung Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?
 Datum Uhrzeit Name und Anschrift des zuerst behandelnden Arztes

War eine stationäre Behandlung erforderlich? nein ja vom bis

Name und Anschrift des Krankenhauses

Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?
 Namen und Anschriften

Findet z.Zt. noch eine ärztliche Behandlung statt? ja nein
 Voraussichtliche Behandlungsdauer

Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?
 Name und Anschrift

Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung? ja nein

Vorerkrankungen und frühere Unfälle War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund? ja nein
 Art der Krankheiten, Vorfälle oder Leiden

Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten? ja nein
 Wann? Welches Körperteil? Höhe des Dauerschadens Von welcher Gesellschaft?

Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? ja nein
 Höhe der Rente % Von welchem Versicherungsträger?

Weitere Versicherungen Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen ja nein
 Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.-Summen

Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen)
 Name, Anschrift und Aktenzeichen

Zahlungswunsch Orderscheck Überweisung
 Zahlungsempfänger

Anschrift der Bank, Sparkasse oder des Postgiroamtes

IBAN/Kontonummer BIC/Bankleitzahl

Hinweis **Gesetzlich sind wir verpflichtet, Sie auf Folgendes hinzuweisen:**
Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben oder unvollständige oder verspätete Auskünfte können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben oder unvollständige oder verspätete Auskünfte können eine – der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung 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. (Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die falschen oder unwahren Angaben von Ihnen arglistig gemacht werden)

Einwilligung zur Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

1) Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten 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 durch Ankreuzen (nicht beides auswählen):

Möglichkeit I:

(bitte ankreuzen, wenn Sie nachfolgendes wünschen)

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt, verarbeitet 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 Antragstellung an die AXA Versicherung AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die AXA Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die AXA 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:

(bitte ankreuzen, wenn Sie diese Variante wünschen)

Ich wünsche, dass mich die AXA 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, Verarbeitung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten durch AXA Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die AXA Versicherung 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 Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die AXA Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort/Datum _____

Ort/Datum _____

2) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und Übertragung von Aufgaben auf andere Unternehmen / Personen

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Wenn erforderlich, übertragen wir die Leistungsfallbearbeitung an eine andere Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Eine Liste derer kann im Internet unter www.axa.de/datenschutz eingesehen werden. Für die Weitergabe, die Verwendung und die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der Liste genannten Gesellschaften und Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, andere Gesellschaften der AXA-Gruppe oder weitere in der Liste genannten Stellen übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die AXA Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die AXA Versicherung AG und für die in der Liste aufgeführten Gesellschaften und Stellen tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3) Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems

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) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, können wir an das HIS melden. Wir 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 Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die AXA 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.

4) Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir haben Sie im Antragsformular auch darauf hingewiesen, dass es dazu kommen kann, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützten Informationen über Ihren Vertrag darstellen, dem Sie betreuenden Versicherungsvermittler – soweit erforderlich – zur Kenntnis gegeben werden können. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat wird auch im Rahmen der Leistungsfallbearbeitung über den Bearbeitungsstand informiert. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten im Rahmen der Leistungsfallprüfung – soweit erforderlich – dem für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler zur Kenntnis übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Unterschrift versicherte Person (frühestens ab Alter 16), sonst gesetzlicher Vertreter _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Hinweis: Sie können Auskunft über die beim Unternehmen über Ihre Person gespeicherten Daten verlangen. Eine Auskunft kann nur unterbleiben, wenn sie die Geschäftszwecke des Unternehmens erheblich gefährden würde.