

Wichtige Fristhinweise (für Ihre Unterlagen)

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Versicherungs-Bedingungen und den ggf. vereinbarten Besonderen Bedingungen.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Kapitalleistung bei Invalidität / Rentenleistung bei Invalidität (sofern versichert)

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

- innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt worden ist und
- innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall von Ihnen bei uns 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 Leistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Für die ggf. vereinbarte Rentenleistung bei Invalidität gilt zusätzlich, dass diese Leistung erst ab einem vertraglich vereinbarten Invaliditätsgrad (ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) gezahlt wird.

2. Übergangsleistung (sofern versichert)

2.1 Ein Anspruch auf Übergangsleistung in Höhe von 50% der vereinbarten Versicherungssumme 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
- ununterbrochen
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu 100% beeinträchtigt ist.

2.2 Ein Anspruch auf Übergangsleistung (unter Anrechnung der etwaigen Leistung nach 2.1) besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet
- ununterbrochen
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50% beeinträchtigt ist.

Die Beeinträchtigung zu 2.1 muss spätestens vier Monate, die Beeinträchtigung zu 2.2 muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob uns der Unfall selbst bereits zuvor gemeldet worden war.

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

Unfall-Schaden-Anzeige

(Bitte nutzen Sie ggf. ein Zusatzblatt, wenn der Platz auf diesem Formular nicht ausreicht)

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.:

Name des Theaters / Ort:

SV-UP 74282051

Angaben zur verletzten Person	Name und Vorname	Geburtsdatum	Ausgeübter Beruf bzw. ausgeübte Tätigkeit	
	seit			
	Straße und Haus-Nr., Postleitzahl und Wohnort			
Wie sind Sie telefonisch oder online erreichbar?				
Angaben zum Unfall	Wann und wo ereignete sich der Unfall?			
	Datum	Uhrzeit (0-24 Uhr)	Unfallort	
	Handelt sich um einen			
	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Wegeunfall? <input type="checkbox"/> sonstigen (privaten) Unfall?			
	Nur bei Unfällen im Straßenverkehr	Die verletzte Person war		
		<input type="checkbox"/> Fahrzeuginsasse/Sozius <input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Fahrradfahrer <input type="checkbox"/> _____		
Nur für Lenker eines Kraftfahrzeuges	Welches Kraftfahrzeug hat die verletzte Person ggf. benutzt?		War die versicherte Person im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	
	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Moped		<input type="checkbox"/> Ja, Klasse _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Genauere Schilderung des Unfallherganges				
Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder sonstige Rauschmittel zu sich genommen?		Wurde ihr eine Blutprobe entnommen?		
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, ggf. Ergebnis ____ ‰ <input type="checkbox"/> Nein		
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (ggf. Anschrift der Behörde und Aktenzeichen)?				

Angaben über Verletzungen und ärztliche Behandlungen	Verletzte Körperteile (z.B. linker Arm, rechte Hand etc.) und Art der Verletzung (z.B. Bruch, Prellung, Bänderiss etc.)	
	Beginn der ärztlichen Hilfe nach dem Unfall? Datum Uhrzeit	Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes
	Stationäre Behandlung vom bis	Name, Anschrift und Abteilung des Krankenhauses
	Name und Anschrift des aktuell behandelnden Arztes	Ist die verletzte Person wieder arbeitsfähig? <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zu anderen Unfallversicherungen	War oder ist die verletzte Person auch bei anderen Gesellschaften unfallversichert? <input type="checkbox"/> Ja, bitte Name, Anschrift und Aktenzeichen der Gesellschaft(en) angeben <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Angaben zur Bankverbindung	Etwaige Versicherungsleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden	
	IBAN _____	
	BIC _____	Kontoinhaber: _____
	Name des Geldinstituts: _____	

Gleichzeitig bestätige ich mit meiner Unterschrift, das Hinweisblatt »Wichtige Fristhinweise« erhalten zu haben.

Datum Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ärztliche Bescheinigung (gern auch vom Hausarzt)

Unfalltag	Unfallzeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall	Alkoholeinfluss <input type="checkbox"/> Ja, _____ % <input type="checkbox"/> Nein	Ärztliche Behandlung beendet am _____
-----------	------------	--	--	---------------------------------------

Diagnose	

Stationäre Krankenhausbehandlung vom bis	In welchem Krankenhaus?
--	-------------------------

Ambulante chirurgische Operation <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitsunfähigkeit hat bestanden vom bis	Arbeitsfähig ab _____
---	--	-----------------------

Datum Unterschrift und Stempel des Arztes

DMS 15800 IZ 26

Name der verletzten Person	Geburtsdatum	Unfall vom	Versicherungsschein-Nr.
			SV-UP 74282051

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 ERGO 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ERGO 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 Erklärung bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die ERGO 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 von bis zu 10 Jahren vor Stellung des Versicherungsantrages an die ERGO Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ERGO Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ERGO 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 ERGO 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 ERGO Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ERGO 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 Versicherungsantrags beziehen,

Name der verletzten Person

Geburtsdatum

Unfall vom

--	--	--

gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ERGO Versicherung AG 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 Jahren nach Vertragsschluss.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ERGO Versicherung AG benötigt ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die ERGO 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 ERGO Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die ERGO Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift der verletzten Person bzw.
des gesetzlichen Vertreters