

# Unfall-Schadenanzeige

HAFTPFLICHTKASSE  
DARMSTADT



**Versicherungsschein-Nr.:**  
(bitte unbedingt angeben)

Haftpflichtkasse Darmstadt • Postfach 1126 • 64373 Roßdorf

Versicherungsnehmer (Namens- und Adressänderung bitte angeben):

<b>Schadentag</b>	<b>Uhrzeit</b>
<b>Schadenort</b> (ggf. Straße, Hausnr., PLZ)	
An wen soll Zahlung erfolgen?	
Kontoinhaber: .....	
Geldinstitut: .....	
IBAN: .....	
BIC: .....	

Tel.- und Fax-Nr. des Versicherungsnehmers: .....

E-Mail: .....

**Zu- und Vorname des Verletzten (versicherte Person):** .....

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum: .....

Ausübter Beruf des Verletzten: .....

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall? .....

**Unfallschilderung** (ggf. mit Skizze) Bitte beschreiben Sie die Geschehnisse möglichst genau (ggf. auf ges. Blatt):

.....  
.....  
.....

**Name und Anschrift der Zeugen:** .....

.....

**BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN.**

Handelt es sich um einen Arbeits-, Dienst-, Schul- oder Wegeunfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei beruflicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Schule	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	--	------------------------------	--	-------------------------------	--	-------------------------------	--

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?  nein  ja Akt.-Z. ....

Anschrift der Berufsgenossenschaft: .....

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  nein  ja Tgb.-Nr.: .....

Anschrift der Polizeidienststelle: .....

Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs-  
oder Strafverfahren eingeleitet?  nein  ja gegen: .....

Akt.-Z.: ..... bei: .....

Bei Verkehrsunfällen: Welches Verkehrsmittel benutzte der  
Verletzte? (Fahrrad, Krad, Moped, PKW, LKW...)

Führerscheinklasse, ausgestellt am: .....

Pol. Kennz.: .....

War er Fahrer?  nein  ja

Hat der Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem  
Unfall alkohol. Getränke, Medikamente oder  
Rauschmittel zu sich genommen?  nein  ja von ..... bis ..... Uhr

was und wie viel? .....

Blutprobe  nein  ja, Ergebnis ..... Promille

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Rennsport  
eingetreten?  nein  ja,

Welcher Art? .....

Waren Sie Fahrer, Beifahrer oder Insasse?  nein  ja

Haftpflichtkasse Darmstadt –  
Haftpflichtversicherung  
des Deutschen Hotel- und  
Gaststättengewerbes – VVaG  
Sitz der Gesellschaft  
Roßdorf b. Darmstadt  
Registergericht Darmstadt HRB 1204

Anschrift:  
Arheilger Weg 5, 64380 Roßdorf  
Postfach 11 26, 64373 Roßdorf  
Telefon: 0 61 54 / 6 01-12 72  
Telefax: 0 61 54 / 6 01-22 02  
E-Mail: info@haftpflichtkasse.de  
Internet: www.haftpflichtkasse.de

Bankkonten:  
Bank Schilling+Co. AG Darmstadt  
IBAN: DE02 7903 2038 0018 7070 00 BIC: BSHADE71  
Postbank Frankfurt/Main  
IBAN: DE10 5001 0060 0003 8086 09 BIC: PBNKDEFF  
UST.-IdNr. DE114107077 / VersSt-Nr. 9116 807 01050

Vorsitzender des Aufsichtsrates:  
Reinhold Gleichmann  
Vorstand:  
Karl-Heinz Fahrenholz  
Roland Roider  
Dr. Jürgen Wolters

VS-Nr.



Art und Umfang der Gesundheitsschädigung.....

Beginn der **ersten** ärztlichen Behandlung: ..... Uhrzeit: .....

Name und Anschrift des **erst**behandelnden Arztes: .....

Name und Anschrift der **jetzt** behandelnden Ärzte: .....

Krankenhausaufenthalt  nein  ja, von ..... bis .....

Name und Anschrift des Krankenhauses: .....

Ist der Unfall auf eine zuvor eingetretene Geistes- oder Bewusstseinsstörung zurückzuführen? z.B.  nein  ja, welche: .....

Schwindel, Ohnmacht, Epilepsieanfall, schweres Nervenleiden oder Schlaganfall welcher Art? .....

Hatte der Verletzte schon frühere Unfälle?  nein  ja, Art der Verletzung: .....

Hat der Verletzte deswegen eine Entschädigung erhalten (Name und Anschrift der Gesellschaft)?  nein  ja, Aktenzeichen: .....

Bezieht oder bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle Rentenzahlungen?  nein  ja, seit: ..... von .....

War der Verletzte unmittelbar vor dem Unfall völlig gesund?  nein  ja

An welchen Krankheiten hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten? Seit wann? .....

Bei welchem Arzt war der Verletzte deswegen in Behandlung? .....

Ist der Verletzte Mitglied einer privaten Krankenversicherung? Anschrift:  nein  ja, Vers.Schein-Nr: .....

War der Verletzte am Unfalltag noch anderweitig gegen Unfall versichert?  nein  ja, Gesellschaft/ Vers.Schein-Nr: ..... (Sportverein, Gewerkschaft...)

Ist schon einmal eine für den Verletzten bestehende Unfallversicherung gekündigt oder ein Unfallversicherungsantrag abgelehnt worden?  nein  ja, durch  Versicherungsnehmer/  Versicherer am: ..... wegen: .....

Hat der Verletzte einen Rechtsanwalt mit der Geltendmachung von Ersatzansprüchen gegen den Unfallverursacher beauftragt?  nein  ja, Name, Anschrift des Rechtsanwalts: .....

**Wir weisen Sie darauf hin, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben Ihren Versicherungsschutz gefährden können. Bitte beachten Sie hinsichtlich der Einzelheiten die beiliegende Mitteilung nach § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).**

**Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zur Bearbeitung des Leistungsanspruches erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen erhalten. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten und Schadendaten an den neuen Vermittler kommen.

Ich willige ein, dass die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers ..... Unterschrift des Verletzten ..... Bei Minderjährigen Unterschrift der ges. Vertreter

**Hiermit bestätige ich, dass ich die beigefügte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles erhalten und zur Kenntnis genommen habe.**

Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers ..... Unterschrift des Verletzten ..... Bei Minderjährigen Unterschrift der ges. Vertreter



## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten und die Datenweitergabe

### 1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT 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 HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT 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 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:**  (bitte ggf. ankreuzen)

Ich willige ein, dass die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT – 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 HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT 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 ggf. ankreuzen)

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

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

### 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

.....  
Datum und Unterschrift der versicherten Person  
(bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)



# Ärztliche Bescheinigung des Krankenhauses

Nur auszufüllen bei einem stationären Krankenhausaufenthalt  
(ansonsten keine Kostenerstattung)

Bitte zurücksenden an:

**HAFTPFLICHTKASSE  
DARMSTADT  
Postfach 11 26  
64373 Roßdorf**

**Schadensnummer:**

**Patient (versicherte Person):**

**Unfalltag:**

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

**1. Die oben genannte Person befand sich wegen des Unfalls bei uns in vollstationärer Behandlung:**

vom: bis einschl.: Fanden Beurlaubungen statt?  
vom: bis einschl.:  nein  ja, vom: bis:

**2. Diagnose:** .....  
.....  
.....

**3. Diese Gesundheitsschäden stehen ausnahmslos in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall:**  nein  ja

Folgende unfallunabhängige Gesundheitsschäden wurden mitbehandelt: .....  
.....

**4. Ist mit einem nochmaligen Krankenhausaufenthalt zu rechnen?**  nein  ja, weil: .....  
.....

**5. Wurde eine Blutalkoholuntersuchung vorgenommen?**  nein  ja, Ergebnis:      °/oo

**6. Der Unfallhergang wurde von dem Verletzten wie folgt beschrieben:** .....  
.....  
.....

....., den .....  
Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

**Liquidation:** Geldinstitut: .....

EUR: .....(maximal 15,00 €) IBAN: .....

BIC: .....

Kontoinhaber: .....

## 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, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.