

ERGO Versicherung AG Postfach – 40198 Düsseldorf		ERGO Versicherung AG ERGO-Platz 1 40477 Düsseldorf
Herrn/Frau		Telefon 0800 3746880 Telefax 0211 477-3480 Service@ergo.de www.ergo.de
Ihre Schadensmeldung zur Unfallv	Datum	

Sie möchten Ihre Unfallversicherung in Anspruch nehmen. Hierbei helfen wir Ihnen gern. Deshalb brauchen wir noch einige Informationen und Unterlagen.

Bitte füllen Sie alle Formulare aus. Schicken Sie uns diese dann so schnell wie möglich unterschrieben zurück.

#### Die Unfall-Schadensanzeige:

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Füllen Sie die Schadensanzeige bitte aus und unterschreiben Sie diese.

Bitte lassen Sie die ärztliche Bescheinigung vom behandelnden Arzt ausfüllen. Attestkosten übernehmen wir.

Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung:

Wegen des Gesundheitsschaden müssen wir Gesundheitsdaten erheben und verwenden. Dabei kann es sein, dass wir die Daten an externe Stellen weitergeben. Etwa an einen medizinischen Gutachter oder einen Dienstleister. Eine Liste dieser Dienstleister fügen wir bei. Selbstverständlich sind alle externen Stellen, an die wir Ihre Gesundheitsdaten weitergeben, verpflichtet die Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit einzuhalten. Für die Erhebung, Verwendung und Weitergabe der Gesundheitsdaten und deren Abfrage bei Dritten benötigen wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung. Möglicherweise müssen wir einige Fragen mit dem behandelnden Arzt oder Dritten klären. Auch deshalb benötigen wir diese Erklärung.

### Bitte beachten Sie:

Auf der Rückseite dieses Schreibens informieren wir über die Verarbeitung personenbezogener Daten und weisen auf wichtige Fristen hin. Sie können diese Seite abtrennen und zu Ihren Unterlagen nehmen.

Wir können Ihnen nur helfen, wenn Sie die Erklärungen ausgefüllt und unterschrieben an uns zurückschicken.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an - wir sind gern für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Internet:

www.ergo.de



## Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten:

Wir als Versicherer benötigen Daten von Kunden und weiteren Personen. Bei der Verarbeitung dieser Daten beachten wir die Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Wir verwenden die Daten, um Versicherungsverträge abzuschließen und durchzuführen. Zum Teil verarbeiten wir die Daten noch für andere Zwecke, beispielsweise für Werbung. Um die Versicherungen durchzuführen ist es erforderlich, Daten an andere Stellen weiterzugeben. Empfänger sind generell die ERGO Group AG sowie die ITERGO GmbH. Die DSGVO regelt auch die Rechte der betroffenen Personen. Dazu gehören zum Beispiel Rechte auf Auskunft, Berichtigung und Löschung von Daten. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.ergo.de in der Rubrik "Datenschutz". Wir schicken Ihnen gern auch eine schriftliche Information zu. Dann rufen Sie uns einfach an.

# Wichtige Fristhinweise

(für Ihre Unterlagen)

Versichert sind die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Leistungsarten. Bei der hier beschriebenen Leistungsart müssen Sie diese wichtigen Fristen einhalten.

Leistungsart: Kapitalleistung bei Invalidität und/oder Rentenleistung bei Invalidität Es besteht ein Anspruch auf Leistung, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität).

- Die Invalidität muss innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt sein.
- Außerdem müssen Sie den Anspruch innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Ist die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Leistung.

Wenn Sie die Invalidität nicht innerhalb dieser Frist geltend machen, können Sie ihren Anspruch verlieren.



Unfall-Sch	nadensanzeige					
(Bitte nutzen Sie	ggf. ein Zusatzblatt, wenn	der Platz auf dieser	m Formular nicht ausreicht	t)		
Versicherungs-od	der Schadensnummer:					
Angaben zur verletzten Person	Name und Vorname				sgeübter Beruf bzw. ausgeübte Tätigkeit Angestellter Selbstständiger	
					seit:	
	Straße und Haus-Nr., Postleitzahl und Wohnort					
	Wie sind Sie telefonisch oder online erreichbar?					
Angaben	Wann und wo ereignete	sich der Unfall?				
zum Unfall	Datum Uhrzeit (0–24 Uhr) Unfallort					
	Handelt sich um einen					
	Arbeits- oder Wegeu	ınfall? 🗌 sonstig	en (privaten) Unfall?			
	Genaue Schilderung des Unfallherganges und der Unfallursache					
			Stunden vor dem Unfall hmittel zu sich genommer	1?	Wurde ihr eine Blutprobe entnommen?	
	☐ Ja, und zwar ☐ Nein ☐ Ja, ggf. Ergebnis ‰ ☐ Nein					
	Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (ggf. Anschrift der Behörde und Aktenzeichen)?					
	Nur bei Unfällen im Straßenverkehr	Die verletzte Pers		enker	☐ Fußgänger ☐ Fahrradfahrer ☐	
	Nur für Lenker eines Kraftfahrzeuges	Welches Kraftfah Person ggf. benut	rzeug hat die verletzte zt?		War die versicherte Person im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	
		☐ PKW ☐ Krd		i l	Ja, Klasse	☐ Nein



Angaben über Verletzungen und ärztliche Behandlungen	Verletzte Körperteile (z.B. linker Arm, rechte Hand etc.) und Art der Verletzung (z.B. Bruch, Prellung, Bänderriss etc.)					
	Beginn der ärztlic	hen Hilfe nach dem Unfall?		Name und Anschrift des erstbeh	andelnden Arztes	
	Datum	Uhrzeit				
	Stationäre Behan	dlung		Name, Anschrift und Abteilung o	des Krankenhauses	
	vom	bis				
	Name und Ansch	rift des aktuell behandelnden Arztes		Ist die verletzte Person wieder a	rbeitsfähig?	
	☐ Ja, seit ☐ Nein					
Angaben zu anderen Unfallversi- cherungen	zu anderen Unfallversi-					
Angaben zur	Etwaige Versiche	rungsleistungen sollen auf folgendes K	onto überv	viesen werden		
Bankver- bindung	IBAN					
	BIC		Konte	oinhaber:		
	Name des Geldins	stituts:				
Bestätigung für d	Bestätigung für die Richtigkeit der Angaben in der Schadensanzeige:  Datum Unterschrift der verletzten Person bzw. des Unterschrift des Versicherungsnehmers					
		gesetzlichen Vertreters				
Das Hinweisblatt	: »Wichtige Fristhin	nweise« haben wir erhalten: 🔲 Ja	☐ Ne	in		
Datum	Datum Unterschrift der verletzten Person bzw. des Unterschrift des Versicherungsnehmers gesetzlichen Vertreters				ersicherungsnehmers	
Ärztliche	Bescheini	gung (gern auch vom Hausarzt oc	der alterna	itiv Kopien medizinischer Unterl	agen, z.B. Entlassungsbericht)	
Unfalltag	Unfallzeit	☐ Arbeitsunfall	Alkohole	influss	Ärztliche Behandlung	
		☐ Wegeunfall	☐ Ja, _	‰	beendet am	
		☐ Freizeitunfall	☐ Nein			
Diagnose						
Stationäre Krankenhausbehandlung vom bis  In welchem Krankenhaus?						
	Ambulante chirurgische Operation  Arbeitsunfähigkeit hat bestanden  Arbeitsfähig ab  Vom bis			Arbeitsfähig ab		
Datum		Unterschrift und Stem	npel des Ar	ztes		
Datum						



Name der verletzten Person	Geburtsdatum	Unfall vom	Versicherungsschein-Nr.

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.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Schadenbearbeitung in der Regel nicht möglich sein wird.

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für  $\underline{\text{eine}}$  der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I

- Mogriciik

oder

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 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,



Name der verletzten Person	Gebur	tsdatum	Unfall vom
gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahr die ERGO Versicherung AG konkrete Anhalt vorsätzlich unrichtige oder unvollständige beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen	tspunkte dafür, d Angaben gemac	ass bei der Stellu ht wurden und d	ng des Versicherungsantrags amit die Risikobeurteilung
2. Datenweitergabe zur medizinischen B	egutachtung		
Für die Prüfung der Leistungspflicht kann e ERGO Versicherung AG benötigt ihre Einwil menhang Ihre Gesundheitsdaten und weit werden. Sie werden über die jeweilige Date	ligung und Schw ere nach§203 S	eigepflichtentbin trafgesetzbuch g	dung, wenn in diesem Zusam-
Ich willige ein, dass die ERGO Versicherur übermittelt, soweit dies im Rahmen der heitsdaten dort zweckentsprechend verwübermittelt werden. Im Hinblick auf meir geschützte Daten entbinde ich die für die ihrer Schweigepflicht.	Prüfung der Leis vendet und die E ne Gesundheitsd	tungspflicht erfo rgebnisse an die aten und weitero	orderlich ist und meine Gesund- ERGO Versicherung AG zurück e nach § 203 Strafgesetzbuch
Ort	Datum		ft der verletzten Person bzw. gesetzlichen Vertreters
Einwilligung in die Datenweitergabe bei	Leistungsabrec	hnung	
Ich willige ein, dass die ERGO Versicherung Gesundheitsdaten (insbesondere Grad der unfähigkeit, verletzte Gliedmaße/Organe) o Zuge der Leistungsabrechnung mitteilt. Me an diese Stellen weitergeleitet.	Invalidität, Daue dem Versicherun	er Krankenhausat gsnehmer und de	ufenthalt oder Dauer der Arbeits- em betreuenden Vermittler im
Ort	Datum	Unterschrif	ft der verletzten Person bzw.

des gesetzlichen Vertreters