

# Unfallanzeige für die private Unfallversicherung



erstmalige Meldung     zur telefonischen Meldung vom  an

Versicherungsnummer

Schadennummer

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG  
ARAG Platz 1  
40472 Düsseldorf

**Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.**

Unterschrift des Versicherungsnehmers

## 1. Kunde/-in (Versicherungsnehmer/-in)

Name, Vorname  Geburtsdatum

PLZ  Wohnort  Straße

Telefon tagsüber  E-Mail

derzeitige berufliche Tätigkeit

## Bankverbindung

Kontoinhaber

Konto-Nr.  BLZ

BIC  IBAN

## 2. Verletzte Person (falls nicht mit Versicherungsnehmer identisch)

Name, Vorname  Geburtsdatum

PLZ  Wohnort  Straße

Telefon tagsüber  E-Mail

derzeitige berufliche Tätigkeit

## 3. Unfalltag und Unfallort

Datum  Uhrzeit  oder zwischen  Uhrzeit  und  Uhrzeit

Unfallort  wie 1 oder

PLZ  Ort  Straße/Etage



Schadennummer

## 5. Verletzungsfolgen

5.1 Welche(r) Körperteil(e) wurde(n) verletzt?

  

5.2 Welche Verletzungen sind eingetreten?

  

5.3 Welcher Arzt wurde zuerst aufgesucht?

Name, Vorname

PLZ  Ort  Straße

Wann? Datum  Uhrzeit

5.4 Vollstationäre Krankenhausbehandlung?  nein  ja, und zwar von Datum  bis Datum

Name und Anschrift des Krankenhauses

Name

PLZ  Ort  Straße

Bescheinigung folgt (siehe Seite 5 – 7 der Unfallanzeige)  nein  ja

5.5 Welcher niedergelassene Arzt (Hausarzt/Facharzt) hat die verletzte Person nach dem Unfall ambulant behandelt bzw. behandelt sie jetzt noch?

Name, Vorname

PLZ  Wohnort  Straße

Telefon tagsüber

Name, Vorname

PLZ  Wohnort  Straße

Telefon tagsüber

5.6 Ist die verletzte Person aufgrund des Unfalls arbeitsunfähig?  nein  ja, und zwar von Datum  bis Datum

5.7 Ist vollständige Heilung zu erwarten?  nein  ja  ungewiss

## 6. Gesundheitszustand vor dem Unfall

6.1 Verletzungen  nein  ja, und zwar

seit wann?

seit wann?

seit wann?

6.2 Vorerkrankungen  nein  ja, und zwar

seit wann?

seit wann?

seit wann?

Schadensnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.3 Gebrechen/chronische Erkrankungen  nein  ja, und zwar

	seit wann?						
	seit wann?						

6.4 War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalles wegen dieser Beeinträchtigungen in ärztlicher Behandlung?  nein  ja, und zwar

Name, Vorname

PLZ	Ort	Straße
Telefon tagsüber		

6.5 Welcher Arzt kann ansonsten über den Gesundheitszustand der verletzten Person vor Eintritt des Unfalles Auskunft geben?

Name, Vorname

PLZ	Ort	Straße
Telefon tagsüber	E-Mail	

6.6 Hat die verletzte Person bereits vor dem Unfall eine Invaliditätsentschädigung (Kapitalleistung oder Rente) oder eine Verletzten- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten?  nein  ja, von Datum

Gesellschaft	Versicherungsnummer	
PLZ	Ort	Straße

### 7. Andere Versicherer

7.1 Ist die verletzte Person noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert (z. B. Insassenunfall, Arbeitgeber, Kreditkarte)?  nein  ja, bei

Gesellschaft	Versicherungsnummer	
Schadensnummer	Telefonnummer	Ansprechpartner
PLZ	Ort	Straße

7.2 Ist die verletzte Person krankenversichert?  nein  ja, bei

Gesellschaft	Versicherungsnummer

7.3 Wurde der Unfall dem Krankenversicherer bereits gemeldet?  nein  ja, bei

Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert (ggfs. Arbeitgeber fragen)?

Gesellschaft	Versicherungsnummer

### 8. Wichtige Hinweise und Empfangsbestätigung gem. § 28 Abs. 4 VVG

- 8.1 Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.
- 8.2 Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.
- 8.3 Das „Merkblatt für wichtige Fristen in der Unfallversicherung“ habe ich erhalten.
- 8.4 Dieser Unfallanzeige fügen wir in der Anlage auch eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Unfallversicherung bei. Senden Sie diese bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben wieder an uns zurück, sonst ist eine Bearbeitung nicht möglich. Entscheiden Sie sich für eine generelle Schweigepflichtentbindung, werden wir die von Ihnen unter Punkt 5.3., 5.4. und 5.5. in dieser Unfallanzeige angegebenen Ärzte – falls zur Leistungsprüfung notwendig – nach Rücksendung dieser Unfallanzeige um Auskunft bitten. Teilen Sie uns daher bei Rücksendung dieser Unfallanzeige bitte mit, falls Sie hiermit nicht einverstanden sind.

Ort, Datum	Unterschrift des Kunden/der Kundin
	Unterschrift der verletzten Person oder des gesetzlichen Vertreters

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG · ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf · Telefon: 0211 9890-1405 · Telefax: 0211 963-4118  
 Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender, Vorstand: Wolfgang Mathmann, Christian Vogée  
 Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 104 18, Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

Versicherungs- nummer	
Schaden- nummer	

**Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,**

wir möchten Ihnen zügig helfen.

Dabei können Sie uns unterstützen, wenn Sie uns die beigegefügte ärztliche Bescheinigung so schnell wie möglich vorlegen. Falls Sie uns diese Bescheinigung gesondert zusenden wollen, vermerken Sie das bitte in der Unfallanzeige (Ziffer 5.4).

Wir haben diese Bescheinigung in Abschnitte unterteilt. Es müssen alle Abschnitte durch Ihren behandelnden Arzt ausgefüllt werden. Eventuell anfallende Kosten/Gebühren übernehmen wir selbstverständlich. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Für die Genesung wünschen wir alles Gute.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre ARAG Allgemeine Versicherungs-AG



### 3. Verletzungsbild

3.1 Behandlungsbeginn bei Ihnen?

Datum <input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	Uhrzeit <input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
---	---

3.2 Angaben des Verletzten über Schmerzen, Funktionsstörungen?

3.3 Welchen Befund haben Sie erhoben? Wie lautet Ihre Diagnose?

- 3.4 Wurden Röntgenaufnahmen oder sonstige Bilddiagnostik gefertigt?  nein  ja
- 3.5 Wird eines der vom Unfall betroffenen Sinnesorgane/Gliedmaßen voraussichtlich dauernd in der Gebrauchsfähigkeit beeinträchtigt bleiben?  nein  ja  ungewiss

Wenn ja, welches?

- 3.6 Ist damit zu rechnen, dass sonstige mit einer Invalidität einhergehende Unfall- bzw. Verletzungsfolgen zurückbleiben werden?  nein  ja  ungewiss

Wenn ja, welche?

- 3.7 Sind die von Ihnen diagnostizierten Verletzungen ausschließlich auf den Unfall zurückzuführen?  nein  ja

Wenn nein, welche unfallfremden oder degenerativen Faktoren haben mitgewirkt?

- 3.8 Stand der Verletzte zum Unfallzeitpunkt unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinfluss?  nein  nein, nicht bekannt  ja, und zwar

- 3.9 Wurde eine Blutprobe entnommen?  nein  nein, nicht bekannt  ja, Ergebnis

3.10 Anschrift des Arztes

Name, Vorname

PLZ	Ort	Straße
-----	-----	--------

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum







Schadennummer	<input type="text"/>
Unfalltag	<input type="text"/>

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und an andere Stellen

Versicherte Person	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	--------------	----------------------

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir, die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, 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 geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-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 selbst oder durch die Actineo GmbH 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG an die Actineo GmbH und (ggf. über die Actineo GmbH) an die vorgenannten Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-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.

oder

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-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 Jahre nach Vertragsschluss.

Sofern Sie sich für die Möglichkeit II entscheiden, werden wir Ihnen vorab jeweils eine vorbereitete Einwilligungserklärung zusenden.

### 2. a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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 geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) 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 (ggf. über die Actineo GmbH) an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter [www.arag.de/datenschutz](http://www.arag.de/datenschutz) eingesehen oder unter Telefon 0211 98 700 700, angefordert werden.

**Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden.**

### 3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

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](http://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 die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

**Ich entbinde die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-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.

Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlich vertretene Person*
Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

\* bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres