

zurück an:

TPSH Versicherungsmakler GmbH
Biberger Str. 93
82008 Unterhaching

Tel.: +49 (89) 66550 100

Fax: +49 (89) 66550 200

E-Mail: info@tpsh.de

Versicherungsnehmer	
Vertragsnummer	
Vorgangsnummer	

1. VERSICHERUNGSNEHMER

1.1. Name, Vorname	
1.2. Geburtsdatum	
1.3. Straße	
1.4. PLZ, Ort	
1.5. Telefon	
1.6. Telefax	
1.7. E-Mail	
1.8. Staatsangehörigkeit	
1.9. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft
1.10. Beruf	

2. ALLGEMEINE SCHADENDATEN

2.1. Schadentag/Uhrzeit	
2.2. Schadensort	
2.3. Kurze, möglichst eindeutige Schilderung zum Unfallhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen	

3. ANGABEN ZU SCHADENBETEILIGTEN

1. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge			
Vorname	Name	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	
2. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge			
Vorname	Name	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	

4. POLIZEILICHE AUFNAHME

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen Polizeidienststelle:
--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

5. WEITERE ANGABEN ZUR VERLETZTEN VERSICHERTEN PERSON

5.1. Wurde eine Blutalkoholprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ‰
5.2. Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Drogen zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Menge
5.3. Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
5.4. Als Lenker eines Fahrzeuges, gültige Fahrerlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Führerscheinklasse / Fahrzeugart Führerschein ausgestellt am
5.5. Leidet oder litt die versicherte Person an einer Erkrankung oder einem Gebrechen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
5.6. Welcher Arzt behandelt/e diese Erkrankung?	Name: Anschrift:

5.7. Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen Erwerbsminderung von	% von (Stelle), Aktenzeichen
5.8. Hat die versicherte Person frühere Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	/Verletzungsart Verletztes Körperteil
5.9. Hat Sie dafür Invaliditätsleistungen erhalten oder beantragt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	von (Stelle), Aktenzeichen

Anderweitiger Unfallversicherungsschutz für die versicherte Person

- Eigene Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	/Gesellschaft	/Nummer
- Fremde Unfallversicherung (z.B. Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	/Gesellschaft	/Nummer
5.10. Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar bei		

Krankenversicherungsschutz für die versicherte Person

Gesellschaft Nummer

6. PERSONENSCHADEN

6.1. Name und Anschrift	siehe Punkt 3 „Angaben zu Schadenbeteiligten“		
6.2. Beschreibung der Verletzung	Verletztes Körperteil		
6.3. Datum der Erstbehandlung	Name und Anschrift des Arztes siehe Punkt 7 „Behandelnde Ärzte“		
<input type="checkbox"/> Transport in Spezialklinik	<input type="checkbox"/> Abtransport mit Rettungshubschrauber	<input type="checkbox"/> Befreiung des Verletzten mit der Rettungsschere	
6.4. Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
6.5. Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
6.6. Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
6.7. Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt wurde	<input type="checkbox"/> ausgehändigt und beigelegt		

7. ANGABEN ZU BEHANDELNDEN ÄRZTEN

1. <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt	<input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
Vorname	Name	Straße
PLZ	Ort	Telefon

2. <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt			<input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt			<input type="checkbox"/> Krankenhaus		
Vorname			Name			Straße		
PLZ			Ort			Telefon		
3. <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt			<input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt			<input type="checkbox"/> Krankenhaus		
Vorname			Name			Straße		
PLZ			Ort			Telefon		

8. SONSTIGE ANGABEN

9. BANKDATEN FÜR DIE SCHADENZAHLUNG

An wen und auf welches Konto soll die Auszahlung erfolgen?	Kontoinhaber:	IBAN:	BIC:
		Bank:	

10. VERANTWORTLICHKEIT, ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT, SCHLUSSERKLÄRUNG

Die Fragen sind nach bestem Gewissen richtig beantwortet. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entstanden ist.

Ort/Datum	Unterschrift vom Versicherungsnehmer	Unterschrift der versicherten Person

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Versicherungsnehmer (sofern dieser nicht selbst die verletzte Person ist)

Die Kommunikation erfolgt ausschließlich mit unserem Vertragspartner (Versicherungsnehmer). Um den Leistungsfall reibungslos bearbeiten zu können, benötigen wir daher Ihre Einwilligung, dass wir die im Rahmen der Leistungsbearbeitung von Ihnen erhobenen Gesundheitsdaten (ausgenommen medizinische Unterlagen) dem Versicherungsnehmer mitteilen dürfen.

Ich willige ein, dass die Mannheimer Versicherung AG, im Rahmen der Leistungsbearbeitung, die in diesem Zusammenhang erhobenen Gesundheitsdaten (vgl. Artikel 4 Ziffer 15 DSGVO, ausgenommen medizinische Unterlagen) und sonstige nach § 203 StGB geschützten Daten an den Versicherungsnehmer übermittelt.

.....
Unterschrift versicherte Person
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Die Einwilligung gilt ausschließlich für die Bearbeitung dieses Leistungsfall und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Geben Sie uns Ihre Einwilligung nicht oder widerrufen Sie diese zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung der Prüfung unserer Leistungspflicht führen oder sie unmöglich machen.

Einwilligung zur Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Versicherungsmakler

Um den Leistungsfall reibungslos bearbeiten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung, dass wir die Korrespondenz, mit von Ihnen erhobenen Gesundheitsdaten (ausgenommen medizinische Unterlagen) und sonstigen nach § 203 StGB geschützte Daten von Ihnen, über den betreuenden Versicherungsmakler führen bzw. ihm zur Kenntnis übermitteln können.

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Daten an den Versicherungsmakler

Ich willige ein, dass die Mannheimer Versicherung AG, im Rahmen der Leistungsbearbeitung, die in diesem Zusammenhang erhobenen Gesundheitsdaten (vgl. Artikel 4 Ziff. 15 DSGVO, ausgenommen medizinische Unterlagen) und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten von mir an die TPSH übermitteln können.

.....
Unterschrift versicherte Person
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt der „Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit“.

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift der verletzten Person (im Todesfall des/der Erben, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)
-----------	---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Für den Kunden

Gesonderte Mitteilung nach §28 Abs. 4 VVG Über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls Bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, bedarf es Ihrer Mitwirkung.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Gemäß den versicherungsvertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Darüber hinaus können wir verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung 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, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht von Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.