

Versicherungsnehmer:

.

Beratung durch:

LUBECA Versicherungskontor GmbH

Beckergrube 38-52 • 23552 Lübeck

Tel.: 0451 - 1 48-260

Fax: 0451 - 1 48-347

mail@lubeca.eu

http://www.lubeca.eu

Persönlicher Ansprechpartner:

LUBECA Schaden Team

Tel.: 0451-148-260

Fax: 0451-148-347

mail@lubeca.eu

Versicherungs-/Schadennummer: <input type="text"/> Versicherungsunternehmen: <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt <input checked="" type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler
Verletzte Person Bitte je verletzter Person eine separate Schadenanzeige ausfüllen	Name: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Beruf: <input type="text"/> ausgeübte Tätigkeit: <input type="text"/>
Unfalltag / Uhrzeit	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Wo hat sich der Unfall ereignet (Anschrift)?	<input type="text"/>
Genaue Schilderung des Unfallhergangs: Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern - ggf. gesondertes Blatt verwenden.	<div style="border: 1px solid black; height: 300px; width: 100%;"></div>

für
 am 24.02.2017

Art und Umfang der Verletzung	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
Hat die verletzte Person vor dem Unfall - Alkohol getrunken? Blutprobe entnommen? - Drogen konsumiert? - Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge <input type="text"/> ‰ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche <input type="text"/>
Unfall als Lenker eines Fahrzeugs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben: <input type="text"/> / <input type="text"/> Wenn ja , Führerschein gültig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Führerscheinklasse <input type="text"/>
Besteht in Folge des Unfalls Arbeitsunfähigkeit ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie lange voraussichtlich? <input type="text"/>
Ist/war eine stationäre Krankenhausaufnahme nötig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie lange (voraussichtlich)? <input type="text"/> Die Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Behandelnder Arzt oder Krankenhaus für die Erstversorgung	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Aktuell behandelnder Arzt oder Krankenhaus	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Erlitt die verletzte Person den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Sofern ein Dritter am Unfall beteiligt war und als Unfallverursacher in Frage kommt bitte folgende Angaben machen	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Bei Jugendlichen zusätzlich: Geburtsdatum: <input type="text"/> Erziehungsberechtigter: <input type="text"/>
Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Versicherer und Versicherungsschein-Nr.: <input type="text"/>
Welche Zeugen können Sie benennen?	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/>

Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Wurden oder werden für die verletzte Person weitere Ansprüche bei anderen Unfallversicherungen oder einer Berufsgenossenschaft geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Versicherer und VS-Nr angeben: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Bestanden Vorerkrankungen oder Vorschädigungen der vom Unfall betroffenen Gliedmaßen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Informationen <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Abwicklung / Kommunikation	
Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?	<input type="checkbox"/> Festnetz <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Handy <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> sonstiges <input style="width: 100%;" type="text"/>
Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Auszahlung der Versicherungsleistung bitte auf folgende Bankverbindung:	Konto: <input style="width: 100%;" type="text"/> BLZ: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kontoinhaber: <input style="width: 100%;" type="text"/> bei: <input style="width: 100%;" type="text"/> IBAN: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Der Versicherungsnehmer ist mit einer Auszahlung auf das Konto der versicherten Person einverstanden:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <hr style="width: 100%;"/> Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer
Zusätzliche Bemerkungen:	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

 für
 .
 am 24.02.2017

für
 .
 am 24.02.2017

<p>Schweigepflichtentbindung: Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben.</p>	<p>Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).</p> <p>Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden Möglichkeiten:</p>
<p><input type="checkbox"/> Möglichkeit I Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.</p>	<p><input type="checkbox"/> Möglichkeit II Die nebenstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungspflicht, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.</p>
<p>Diese Entscheidung treffe ich für die nebenstehend genannte(n) Person(en), welche von mir gesetzlich vertreten wird/werden und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann/können.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung: Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter (externe untersuchende und beratende Ärzte) einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.</p>	<p>Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiter nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.</p>
<p>Unterschrift(en): _____ Ort, Datum, Unterschrift (Versicherungsnehmer)</p>	<p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift (versicherte Person/gesetzl. Vertreter)</p>
<p>Interne Notizen</p> <p>Mitarbeiter: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input style="width: 150px;" type="text"/> bis <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p>Rev006 vom 12.01.2017</p>	<p><input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.</p>