

Meldung Versicherungsfall

Unfallanzeige

Bitte senden Sie uns diese Unfallanzeige innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Bitte fügen Sie auch die unterzeichnete Schweigepflichtentbindungserklärung bei. Vielen Dank.

Policen-Nr. _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Vorgangs-Nr. (füllt Chubb aus) _____

Versicherungsnehmer

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Versicherte Person

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Versichert seit _____

E-Mail _____

Beruf / Tätigkeit * _____

*Diese Angaben werden gegebenenfalls anonymisiert und in anonymisierter Form zu statistischen Zwecken ausgewertet

Chubb European Group SE ist ein Unternehmen, das den aufsichtsrechtlichen Bestimmungen des französischen Versicherungsgesetzes unterliegt eingetragen unter der Registrierungsnummer 450 327 374 RCS Nanterre eingetragen Sitz : La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankreich
 Direktoren: Adam Clifford, David Furby, Mark Hammond, Nadia Cote, Veronique Brionne, Adair Turner, Tim Wade, Cathryn Riley, Kevin O'Shiel Die Chubb European Group SE hat ein voll eingezahltes Aktienkapital von €896.176.662. und unterliegt der Zulassung und Aufsicht der Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4^e, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 sowie in Deutschland zusätzlich den Regularien der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zur Ausübung der Geschäftstätigkeit, welche sich von den französischen Regularien unterscheiden können
 Direktion für Deutschland Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main Amtsgericht Frankfurt HRB 58029 Hauptbevollmächtigter Andreas Wania USt-IdNr.: DE240196168 VersStNr.: 807/V90807004025 Citigroup Global Markets Deutschland IBAN: DE47 5021 0900 0210 1170 24 BIC: CITIDEFF

Die Leistungszahlung soll auf folgendes Konto erfolgen

Die Leistungszahlung erfolgt im Regelfall an die versicherte Person (oder Bezugsberechtigte). Ist bei einer Gruppen-Versicherung kein Direktanspruch der versicherten Person mit uns vereinbart und stimmt der Versicherungsnehmers der Zahlung an die versicherte Person nicht zu, bitte Bankverbindung des Versicherungsnehmers angeben.

Bankinstitut _____

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

1. Angaben zum Unfallhergang

a. Unfalldatum / Uhrzeit _____

Unfallort _____

Der Unfall fand statt während der Berufsausübung
 auf dem Weg von/zur Arbeitsstelle
 auf einer Dienstreise
 in der Freizeit

b. Schilderung des Unfalls (bitte genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs und der Ursache)
 (ggf. Zusatzblatt verwenden) _____

2. Gibt es Zeugen?

Nein Ja, bitte Name und Anschrift angeben

3. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Nein Ja, von Polizeidienststelle

Tagebuch-Nr. _____

4. War die versicherte Person Lenker oder Insasse eines Fahrzeugs?

(z.B. Pkw, Motorrad, Luftfahrzeug, Luftsportgerät, Boot)

Nein Ja, Insasse Ja, Lenker (falls Lenker bitte Kopie des Führerscheins beilegen)

Art des Fahrzeugs _____

Kennzeichen _____

Chubb European Group SE ist ein Unternehmen, das den aufsichtsrechtlichen Bestimmungen des französischen Versicherungsgesetzes unterliegt eingetragen unter der Registrierungsnummer 450 327 374 RCS Nanterre eingetragener Sitz : La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankreich
 Direktoren: Adam Clifford, David Furby, Mark Hammond, Nadia Cote, Veronique Brionne, Adair Turner, Tim Wade, Cathryn Riley, Kevin O'Shiel Die Chubb European Group SE hat ein voll eingezahltes Aktienkapital von €896.176.662. und unterliegt der Zulassung und Aufsicht der Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4^e, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 sowie in Deutschland zusätzlich den Regularien der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zur Ausübung der Geschäftstätigkeit, welche sich von den französischen Regularien unterscheiden können
 Deutschland Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main Amtsgericht Frankfurt HRB 58029 Hauptbevollmächtigter Andreas Wania USt-IdNr.: DE240196168 VersStNr.: 807/V90807004025 Citigroup Global Markets Deutschland IBAN: DE47 5021 0900 0210 1170 24 BIC: CITIDEFF

5. Hat die versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol / Drogen / Medikamente zu sich genommen? Nein Ja, was, wieviel und in welchem Zeitraum

Wurde eine Blutprobe entnommen

 Nein Ja, Ergebnis**6. Welche Folgen hat der Unfall gehabt? (Art und Umfang der Verletzungen)****7. Ärztlichen Behandlung**

a. Beginn der ärztlichen Behandlung Datum am

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes

b. Letzte Behandlung Datum am

Name und Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes

c. Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung von bis

d. Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten? Nein Ja**8. Befand sich die versicherte Person in vollstationärer Behandlung? (Bitte Kopie des ärztlichen Entlassungsberichtes einreichen)** Nein Ja, von bis

Name und Adresse des Krankenhauses

9. Litt die versicherte Person vor dem hier gemeldeten Unfall bereits an Krankheiten oder Gebrechen?

(z.B. Epilepsie, Parkinson, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel- oder Schlaganfall, Bluthochdruck, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden, Krebserkrankung)

 Nein Ja, bitte Angabe welche Krankheiten oder Gebrechen

Welche Ärzte behandelten die erwähnten Erkrankungen? Bitte Name und Anschrift

10. Bezieht die versicherte Person eine Rente? Nein Ja, seit wann

Name und Anschrift des Rententrägers:

11. Hat die versicherte Person schon früher Unfälle gehabt, die zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?

Nein Ja, bitte Datum angeben

Art der Verletzung

12. Hat die versicherte Person schon einmal eine Invaliditätsleistung erhalten?

Nein Ja, bitte Datum angeben

Aktenzeichen

Gesellschaft

Anschrift

13. Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften?

(z.B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine, etc.)

Nein Ja, Bei weiteren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden

Gesellschaft

Straße

PLZ / Ort

Vertragsnummer

Aktenzeichen

Name Sachbearbeiter und Telefonnummer

14. Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet bzw. der Unfallkasse?

Nein Ja, welcher

Anschrift

Aktenzeichen

15. Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?

Name

Vertragsnummer

Datenschutz

Wir verwenden personenbezogene Daten, die uns der Versicherungsnehmer zur Verfügung stellt, für die Ausstellung und Verwaltung der Versicherung, einschließlich der Bearbeitung im Zusammenhang damit anfallender Schadenfälle. Weitere Informationen sind in unserer Rahmendatenschutzrichtlinie unter <https://www2.chubb.com/de-de/datenschutz.aspx> zu finden. Diese Rahmendatenschutzrichtlinie kann auch jederzeit über die E-Mail-Adresse dataprotectionoffice.europe@chubb.com anfordern.

Ausdrückliche Einwilligung

Wir werden Ihre Schadensforderung sorgfältig prüfen und daneben im Einklang mit den branchenüblichen Standards auch Schritte unternehmen, die dem Aufspüren von betrügerischen Schadensforderungen dienen. Aus diesen Gründen müssen wir möglicherweise die von Ihnen bereitgestellten Informationen über Ihre Gesundheit, die für Ihre Schadensforderung relevant sind, sowie ggf. Informationen über die Gesundheit anderer Personen, die für die Schadensforderung eine Rolle spielen, verwenden. Ihnen obliegt es, sicherzustellen, dass andere Personen, deren Informationen Sie uns zur Verfügung stellen, darüber Bescheid wissen, keine Einwände gegen die Verwendung ihrer Daten haben und ihre Einwilligung dazu erteilen, dass ihre Informationen für die hier dargelegten Zwecke verwendet werden.

Wir werden die Informationen über Ihre Gesundheit nicht für irgendwelche anderen Zwecke verwenden, und wir werden uns jederzeit an alle in unserer Datenschutzrichtlinie enthaltenen Bestimmungen (einschließlich der Sicherheitsstandards) halten. Sie sind nicht verpflichtet, uns die nachstehend bezeichnete Einwilligung zu erteilen, und Sie können eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Wenn Sie uns jedoch keine Einwilligung erteilen oder sich entscheiden, Ihre Einwilligung später zu widerrufen, kann sich das darauf auswirken, ob wir Ihre Schadensforderung bearbeiten können.

Schlusserklärung und Unterschrift

Die untenstehende Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich zur Kenntnis genommen. Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Unfall-Anzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person (oder Angehöriger/Vertreter)

Bitte Name und Vorname des/der Unterzeichner/s in DRUCKBUCHSTABEN eintragen:

Versicherungssummen der versicherten Person (auszufüllen durch Versicherungsnehmer)

für dauernde Invalidität	€
für den Todesfall	€
Krankenhaustagegeld	€
Tagegeld	€

Ort, Datum **Stempel & Unterschrift Versicherungsnehmer** zur Bestätigung der oben angegebenen Versicherungssummen
 Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift die Zugehörigkeit des Anspruchstellers zum Vertrag sowie die für ihn vereinbarten individuellen Versicherungssummen.

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

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen 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 Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der 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 Ihres 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 Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft,

zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.