

## Schadenmeldung für Unfall

**HÄGER Versicherungsverein a.G.**, Engerstr. 119, 33824 Werther  
 schaden@haeger-versicherung.de Telefon: 05203-9713-33 Telefax: 05203-9713-633

### Ein Unfall ist schnell passiert!

Für Sie sicherlich eine außergewöhnliche Situation.

### Für uns der Moment, Ihnen zu helfen.

Sie können uns unterstützen und minimieren Fragen unsererseits, wenn Sie die Schadenmeldung vollständig ausfüllen.

Um uns einen umfassenden Überblick über den Umfang der Verletzung zu geben, fügen Sie bitte medizinische Berichte (Krankenhausentlassungs-, Operationsberichte, Röntgenaufnahmen, etc.) bei. Diese können Sie am Ende der Schadenmeldung hochladen.

### Versicherungsschein

Versicherungsscheinnummer\*

Kundennummer

### Versicherungsnehmer und Anschrift

Anrede\*

- Frau  
 Herr  
 Eheleute  
 Firma

Firma\*

Name\*

Vorname

Geburtsdatum

Straße\*

Hausnummer\*

PLZ\*

Ort\*

Telefon\*

E-Mail für Kopie der Schadenanzeige

## Verletzte Person

Name\*

Vorname\*

Straße\*

Hausnummer\*

PLZ\*

Ort\*

Ausgeübter Beruf\*

Branche/Gewerbe

Geburtsdatum\*

Erreichbar über Telefon/E-Mail

Telefon  E-Mail

Telefon

E-Mail

## Unfallort

Genauere Bezeichnung\*

## Unfalltag

Wann trat der Unfall ein?

Datum\*

Uhrzeit\*



**Öffnungszeiten**

■ Mo - Fr 08:00-12:30 Uhr

■ Mo u. Do 14:00-18:00 Uhr

■ Di u. Mi 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**

Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**

Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**

Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

■ **Vorstand**

Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**

Georg Hake

### Bitte Zutreffendes ankreuzen

Handelt es sich um einen Arbeits-, Dienst-, Schul- oder Wegeunfall?\*

Nein  Ja

bei beruflicher Tätigkeit?

Nein  Ja

auf dem Weg von/zur Arbeit?

Nein  Ja

auf dem Weg von/zur Schule?

Nein  Ja

### Berufsgenossenschaft

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?\*

Nein  Ja

Aktenzeichen

Anschrift der Berufsgenossenschaft

Haben Sie den Unfall bereits bei uns oder Ihrem Versicherungsmakler gemeldet?\*

Nein  Ja

Wann haben Sie Kontakt aufgenommen?

An wen hatten Sie den Schaden gemeldet?

Wie haben Sie Kontakt aufgenommen?

per Fax

im Büro

per Telefon

per Brief



**Öffnungszeiten**

■ **Mo - Fr** 08:00-12:30 Uhr

■ **Mo u. Do** 14:00-18:00 Uhr

■ **Di u. Mi** 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

■ **Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake

## Weitere Versicherungen

War der Verletzte am Unfalltag noch anderweitig gegen Unfall versichert? (Sportverein etc.)

Nein  Ja

Art der Versicherung
<input type="text"/>
Gesellschaft/Versicherungsschein-Nr.
<input type="text"/>

## Unfallhergang

Auf welche Weise ist der Unfall entstanden? (Genau Beschreibung des Hergangs)\*

## Zeugen

Name und Anschrift von Zeugen:

## Unfallverursacher (falls nicht die verletzte Person)

Name und Anschrift des Unfallverursachers



### Öffnungszeiten

■ Mo - Fr 08:00-12:30 Uhr

■ Mo u. Do 14:00-18:00 Uhr

■ Di u. Mi 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

■ **Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake

## Polizeiliche Aufnahme

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?\*

Nein  Ja

Polizeidienststelle
<input type="text"/>
Aktenzeichen
<input type="text"/>
Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
gegen
<input type="text"/>
bei
<input type="text"/>
Aktenzeichen
<input type="text"/>

## Rechtsanwalt

Hat der Verletzte einen Rechtsanwalt mit der Geltendmachung von Ersatzansprüchen gegen den Unfallverursacher beauftragt?

Nein  Ja

Name, Anschrift des Rechtsanwaltes:
<input type="text"/>



**Öffnungszeiten**

■ **Mo - Fr** 08:00-12:30 Uhr

■ **Mo u. Do** 14:00-18:00 Uhr

■ **Di u. Mi** 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

■ **Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake

## Verkehrsunfall

Hat ein Verkehrsunfall stattgefunden?\*

Nein  Ja

Welches Verkehrsmittel benutzte der Verletzte?

Wer war Fahrer?

Führerscheinklasse, ausgestellt am

Pol.-Kennzeichen:

## Rennsport

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Rennsport eingetreten?\*

Nein  Ja

Welcher Art?

Waren Sie Fahrer, Beifahrer oder Insasse?

## Zustand vor dem Unfall

War der Verletzte unmittelbar vor dem Unfall völlig gesund?

Nein  Ja

An welchen Krankheiten hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten? Seit wann?

Bei welchem Arzt war der Verletzte deswegen in Behandlung?



### Öffnungszeiten

■ Mo - Fr 08:00-12:30 Uhr

■ Mo u. Do 14:00-18:00 Uhr

■ Di u. Mi 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

■ **Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake

## Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

Ist der Unfall auf eine zuvor eingetretene Geistes- oder Bewusstseinsstörung zurückzuführen?  
(z.B. Schwindel, Ohnmacht, Epilepsieanfall, schweres Nervenleiden oder Schlaganfall)\*

Nein  Ja

Welcher Art?

## Alkohol

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?\*

Nein  Ja

Uhrzeit (von):

Uhrzeit (bis):

Was und wieviel?

Wurde eine Blutprobe entnommen?

Nein  Ja

Promille

## Ärztliche Behandlung / Krankenhausaufenthalt nach dem jetzigen Unfall

Fand eine ärztliche Behandlung statt?\*

Nein  Ja

Beginn der ersten ärztlichen Behandlung:

Uhrzeit

Name und Anschrift des erst behandelnden Arztes:



**Öffnungszeiten**

■ **Mo - Fr** 08:00-12:30 Uhr

■ **Mo u. Do** 14:00-18:00 Uhr

■ **Di u. Mi** 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

■ **Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake

Stationärer Krankenhausaufenthalt

(Bitte ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht beifügen):\*

Nein  Ja

von		bis	
Name und Anschrift des Krankenhauses			

Ambulante Krankenhausbehandlung

(Bitte ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht beifügen):\*

Nein  Ja

am	
Name und Anschrift des Krankenhauses	

Findet z.Zt. noch ärztliche Behandlung statt?

Nein  Ja

Voraussichtliche Behandlungsdauer:	
Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes:	

Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung?

Nein  Ja

Wenn ja, voraussichtlich bis:	
-------------------------------	--

Wird ein Dauerschaden erwartet?

Nein  Ja



**Öffnungszeiten**

■ **Mo - Fr** 08:00-12:30 Uhr

■ **Mo u. Do** 14:00-18:00 Uhr

■ **Di u. Mi** 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VvAG)

■ **Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake



## Gesundheitsschädigung

Art und Umfang der Gesundheitsschädigung (Diagnose des Arztes).  
Bitte Verletzungs-/Behandlungsnachweis beifügen!\*

## Frühere Unfälle

Hatte der Verletzte schon frühere Unfälle?\*

Nein  Ja

Art der Verletzung/verletzte Körperteile

Wann

Bezieht oder bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle/Krankheiten Rentenzahlungen?

Nein  Ja

Rentenzahler/Aktenzeichen

Hat der Verletzte deswegen eine Entschädigung erhalten?

Nein  Ja

Name und Anschrift der Gesellschaft

## Vorversicherungen

Ist schon einmal eine für den Verletzten bestehende Unfallversicherung gekündigt oder ein Unfallantrag abgelehnt worden?

Nein  Ja

Gesellschaft/Versicherungsschein-Nr.:

Durch wen wurde die Unfallversicherung gekündigt, bzw. der Antrag abgelehnt?

durch Versicherungsnehmer  durch Versicherer



**Öffnungszeiten**

■ **Mo - Fr** 08:00-12:30 Uhr

■ **Mo u. Do** 14:00-18:00 Uhr

■ **Di u. Mi** 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

■ **Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake

## Schweigepflichtentbindung

### Einwilligung und Schweigepflichtenbindung 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 Häger Versicherung 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 Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Häger Versicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch und Art. 9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) geschützte Informationen weitergegeben müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:\*

##### Variante I:

Ich willige ein, dass die Häger Versicherung – soweit es für die 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 zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die Häger Versicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Häger Versicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Häger Versicherung 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.

##### Variante II:

Ich wünsche, dass mich die Häger Versicherung 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 Häger Versicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Häger Versicherung 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 Häger Versicherung 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.

#### 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Häger Versicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB und Art. 9 DSGVO geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Häger Versicherung 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 an die Häger Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB und Art. 9 DSGVO geschützte Daten entbinde ich die für die Häger Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.



Öffnungszeiten

Mo - Fr 08:00-12:30 Uhr

Mo u. Do 14:00-18:00 Uhr

Di u. Mi 14:00-17:00 Uhr

Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

**Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

**Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

**Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

**Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake

## Schadenregulierung

Wie wünschen Sie die Entschädigung?\*

- per Überweisung auf bekanntes Konto
- per Verrechnungsscheck
- per Überweisung auf nachfolgendes Konto

IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Kontoinhaber	<input type="text"/>

## Schlussklärung

Die genaue und vollständige Beantwortung vorstehender Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalls und hinsichtlich der Leistungspflicht für den Versicherer von erheblicher Bedeutung. Ich bestätige hiermit, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich als Versicherungsnehmer diese Schadenanzeige nicht selbst ausgefüllt habe.

### Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrtes Mitglied,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

#### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

#### Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – 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.

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.

Ich habe diese Belehrungen gelesen, verstanden und akzeptiert.\*



#### Öffnungszeiten

■ Mo - Fr 08:00-12:30 Uhr

■ Mo u. Do 14:00-18:00 Uhr

■ Di u. Mi 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**  
Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**  
Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**  
Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VvAG)

■ **Vorstand**  
Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**  
Georg Hake

Datum\*

Vermittlernummer (nur für Makler)

Name des Ausfüllenden\*

Vermittler E-Mail



**Öffnungszeiten**

■ **Mo - Fr** 08:00-12:30 Uhr

■ **Mo u. Do** 14:00-18:00 Uhr

■ **Di u. Mi** 14:00-17:00 Uhr

■ Andere Termine nach Absprache

**HÄGER**

Versicherungsverein a.G.

■ **Registergericht**

Amtsgericht Gütersloh  
HRB 4907

■ **Rechtsform**

Versicherungsverein auf  
Gegenseitigkeit (VVaG)

■ **Vorstand**

Simone Bartsch (Vors.)  
Marcus Dierschke

■ **Vorsitzender des Aufsichtsrates**

Georg Hake