

GAEDE & GLAUERDT

Schadenanzeige zur Imker-Unfallversicherung

Versicherungsscheinnummer/Schadenummer	Telefon privat/geschäftlich	Telefax/E-Mail
--	-----------------------------	----------------

Unfallbericht

1 Unfalldaten

Unfalltag	Unfallzeit	Unfallort
<input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Berufsunfall		Welche Berufsgenossenschaft?

2 Verletzte Person

Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.:	Geburtsdatum
--	--------------

3 Beruf der verletzten Person

Berufliche Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt	
Ist die verletzte Person	
a) im Öffentlichen Dienst beschäftigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Mitglied der GdP?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
arbeitslos?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit dem _____
Arbeitet die verletzte Person gelegentlich oder regelmäßig körperlich, z. B. handwerklich?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit _____
Oder worin besteht die Tätigkeit?	
	<input type="checkbox"/> kaufmännisch <input type="checkbox"/> leitend <input type="checkbox"/> aufsichtsführend
Besteht eine Selbstständigkeit?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviele Personen werden beschäftigt? _____

4 Unfallhergang, Zeugen

Wie ereignete sich der Unfall? Bitte die Ursache und den Hergang ausführlich schildern.		
Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder Rauschmittel zu sich genommen?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Menge: _____		
Ist der verletzten Person eine Blutprobe entnommen worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis der Blutuntersuchung _____ ‰ Alkoholgehalt		
Welche Personen – Namen und Anschriften – waren Zeugen des Unfalls?		
Name und Anschrift des Schädigers		
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?		Anschrift und Aktenzeichen
Falls der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeuges eingetreten ist:	Art des Fahrzeuges	Amtl. Kennzeichen
<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse		
Anzahl der Insassen _____		Lag ein gültiger Führerschein vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5 Verletzungen und Behandlungen

Welche Verletzungen (bitte Körperteile genau bezeichnen) liegen vor?		
Erstbehandlung am	Datum	Uhrzeit
Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes/Krankenhauses		
Mit- oder weiterbehandelnde Ärzte (Namen, Anschriften und Telefonnummern)		
Vollstationäre Behandlung	vom	bis
Im Krankenhaus (Name)		
Arbeitsunfähigkeit	vom	bis
Behandlung abgeschlossen <input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich am _____ <input type="checkbox"/> ja, am _____		

6 Gesundheitsfragen zur verletzten Person

Welche Krankheiten, Gebrechen, Körperschäden bestehen/bestanden?		
Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen oder sind beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ nach Stufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		

7 Weiterer Versicherungsschutz der verletzten Person

Bei welchen Gesellschaften bestehen/bestanden Unfallversicherungen (Name, Anschrift, Telefon, Aktenzeichen)?		
Wo ist die verletzte Person krankenversichert (Name, Anschrift, Telefon, Aktenzeichen)?		

8 Auszahlung der Versicherungsleistung

Auf Kontonummer	Bankleitzahl	Kreditinstitut, PLZ Ort
Name des Kontoinhabers		

Falschangaben (unwahre oder unvollständige Angaben) führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn Sie vorsätzlich falsche Angaben machen und/oder dem Versicherer dadurch ein Nachteil entsteht. Für den Fall, dass dem Versicherer durch Ihre grob fahrlässigen Falschangaben ein Nachteil entsteht, kann der Versicherer seine Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens kürzen.

1. Invaliditätsleistung / Unfallrente

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

1 innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und

1 innerhalb von 15 Monaten von Ihnen schriftlich bei uns geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität einen vertraglich geregelten Mindestsatz von 35% bzw. 50% ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder Geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- 1 nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet
- 1 ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- 1 noch um mindestens 50% beeinträchtigt ist und
- 1 die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.

Die Beeinträchtigung muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

Mit dem Unfall in Zusammenhang stehende Daten werden auf Datenträgern gespeichert (Bundesdatenschutzgesetz).

Ort, Datum	Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Versicherungsnehmers/Landesverbandes
------------	---	---