



Unfallanzeige zur Freizeit-Gruppen-Unfallversicherung

Interne Angaben

Versicherungsschein-Nummer

6 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 6 | 3 | 2 | 1 | 0

Agentur-Nummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Schaden-Nummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter
Telefon: 0611 / 363 - 14 391
Telefax: 0611 / 363 - 44 14 391

Bitte zurücksenden an:

Gewerkschaft
Deutscher Lokomotivführer
Postfach 600894
60338 Frankfurt/M.

Anlage S 83

Hinweise für den Anspruchsteller

Bitte unterstützen Sie uns bei der schnellstmöglichen Bearbeitung Ihrer Unfallmeldung, indem Sie

- a) Teil I genau und vollständig ausfüllen und möglichst eigenhändig unterschreiben;
- b) auf der Rückseite Teil II von Ihrer Dienststelle bestätigen lassen
- c) im Falle eines Krankenhaus(tage)geldanspruchs auch Teil III vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen
- d) diese ausgefertigte Unfallmeldung nur an den Mitgliedsverband zurücksenden. Von dort erfolgt die Bestätigung zu Teil IV und ggf. Unterschrift des Hauptverbandes und anschließende Weiterleitung an die AXA.

Name des Verbandes

Angaben zur versicherten Person

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

ausgeübter Beruf _____ seit wann? _____

I. Angaben zum Schadenereignis

Schadentag _____ Uhrzeit _____ Ort _____

Arbeitsunfall ja nein Arbeitgeber (Adresse, Tel.-Nr.) _____

Hat der Versicherte innerhalb von 36 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder sonstige berauschende Mittel zu sich genommen?
 ja wann? _____ Art und Menge _____ Blutprobe nein ja Ergebnis _____ %o

Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?
 ja Dienststelle _____ Aktenzeichen _____ Telefon _____
 nein _____ zuständige Staatsanwaltschaft _____ Aktenzeichen _____

Ausführliche Unfallschilderung (ggf. gesondertes Blatt)

Unfallfolgen

Verletzte Körperteile _____
Art der Unfallverletzung, Diagnose _____

Ärztliche Behandlung

Name, Anschrift und Fachrichtung der behandelnden/konsultierten Ärzte _____

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen? ja seit _____ nein

Welche unfallbedingten Beschwerden bestehen noch? _____



Kfz-Unfall

Hat der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt?

Kennzeichen

Fabrikat

 Krad Lkw

Anzahl der Insassen

 Pkw

Hatte der Fahrer zum Unfallzeitpunkt die erforderliche Fahrerlaubnis?

 ja nein**Weitere Versicherungen**

Ist der Versicherte noch anderweitig versichert? Falls ja, teilen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft, deren Anschrift und die dortige Versicherungsschein-Nummer mit.

 nein ja

Gesellschaft

Anschrift

Versicherungsschein-Nummer

Ansprechpartner

Telefon

Bankverbindung

Auf welches Konto soll eine Leistung überwiesen werden?

IBAN/Kontonummer

BIC/Bankleitzahl

Geldinstitut

Kontoinhaber

Unterschrift des Anspruchstellers

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchstellers

II. Bescheinigung der Dienststelle

Der/Die umseitig Genannte stand zur Zeit des angegebenen Unfalls in unseren Diensten. Der Unfall ereignete sich nicht während der Dienstzeit, nicht auf dem Weg vom oder zum Arbeitsplatz und wird von uns auch aus anderen Gründen, die eine Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherungsträger oder nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften auslösen können, nicht als Dienstunfall behandelt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Dienststelle

III. Bescheinigung des Arztes oder des Krankenhauses (nur von diesen auszufüllen)

Sofern ein Krankenhaustagegeld versichert ist, reichen Sie uns bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer der stationären Behandlung mit Diagnose ein oder lassen Sie die Angaben hier vom Arzt bestätigen (Daten nur vom Arzt einzusetzen):

Ich bestätige hiermit, dass der/die Versicherte allein wegen diesem Unfall in stationärer Krankenhausbehandlung war.

Datum des Unfalls

Behandlung vom - bis

Diagnose

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses

IV. Angaben der Hauptgeschäftsstelle

Der/Die Verletzte ist Mitglied seit

Beitrag bezahlt bis

Letzter Beitrag

EUR

Die letzten vor dem Unfall geleisteten 3 Monatsbeiträge betragen

_____ Beiträge mit je _____ EUR = _____ EUR

_____ Beiträge mit je _____ EUR = _____ EUR

_____ Beiträge mit je _____ EUR = _____ EUR

Beiträge zusammen _____ EUR : 3 = _____ EUR

*) für Rentner und Lehrlinge mindestens auf niedrigsten Vollbeitrag

ab- bzw. aufgerundet *) auf _____ EUR

Unfall-Krankenhausheld

a) _____ EUR x 30 = _____ EUR *)

b) Verweildauer im Krankenhaus _____ Tage à 51,13 EUR = _____ EUR *)
(Höchstleistung pro Tag der stationären Behandlung)*) Als Entschädigung gilt der niedrigere der beiden Beiträge!
bar ausgezahlt/überwiesen an (nicht Zutreffendes bitte streichen)**Todesfallentschädigung**

_____ EUR x 200 = _____ EUR

*) Als Entschädigung gilt der niedrigere der beiden Beiträge!
bar ausgezahlt/überwiesen an (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Hauptgeschäftsstelle

AXA Versicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 51171 Köln

Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 21298

USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuernr.: 810/V90810002421

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;

Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender;

Thierry Daucourt, Dr. Klaus Endres, Dr. Nils Kaschner,

Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher.



Einwilligung zur Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Informationen weitergegeben werden 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 durch Ankreuzen (nicht beides auswählen):

Möglichkeit I:

(Bitte ankreuzen, wenn Sie Nachfolgendes wünschen)

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt, verarbeitet 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 Antragstellung an die AXA Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten durch die AXA Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die AXA Versicherung AG 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.

ODER

Möglichkeit II:

(Bitte ankreuzen, wenn Sie diese Variante wünschen)

Ich wünsche, dass mich die AXA Versicherung AG informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten durch die AXA Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten an die AXA Versicherung AG 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 Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die AXA Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und Übertragung von Aufgaben auf andere Unternehmen/Personen

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Wenn erforderlich, übertragen wir die Leistungsfallbearbeitung an eine andere Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Eine Liste derer kann im Internet unter www.axa.de/datenschutz eingesehen werden. Für die Weitergabe, die Verwendung und die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der Liste genannten Gesellschaften und Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, andere Gesellschaften der AXA-Gruppe oder weitere in der Liste genannten Stellen übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die AXA Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die AXA Versicherung AG und für die in der Liste aufgeführten Gesellschaften und Stellen tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleneinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die AXA Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir haben Sie im Antragsformular auch darauf hingewiesen, dass es dazu kommen kann, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützten Informationen über Ihren Vertrag darstellen, dem Sie betreuenden Versicherungsvermittler – soweit erforderlich – zur Kenntnis gegeben werden können. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat wird auch im Rahmen der Leistungsfallbearbeitung über den Bearbeitungsstand informiert. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten im Rahmen der Leistungsfallprüfung – soweit erforderlich – dem für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler zur Kenntnis übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Unterschrift versicherte Person (frühestens ab Alter 16), sonst gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Sie können Auskunft über die beim Unternehmen über Ihre Person gespeicherten Daten verlangen. Eine Auskunft kann nur unterbleiben, wenn sie die Geschäftszwecke des Unternehmens erheblich gefährden würde.

