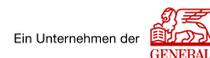


Unfallmeldung

zur Freizeit-Unfallversicherung

An **Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie**



Straße Nr.

Unfall-Schaden-Nr.

Postleitzahl Ort

Nicht ausfüllen

- Zur Beachtung:**
- Bitte diese Seite genau und vollständig ausfüllen und vom Verletzten auf der Rückseite **selbst** unterschreiben lassen.
 - In jedem Fall** Teil II „Bescheinigung des Arbeitgebers“ unterschreiben lassen.
 - Wird Unfall-Krankengeld beansprucht, auch Teil III vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen, ggf. ist der Vordruck „Ärztliche Bescheinigung des Krankenhauses“ erforderlich.
 - Teil IV darf nur von der IG BCE ausgefüllt werden.**
 - Im Todesfall zusätzlich den Vordruck „Bericht über den Unfalltod“ ausfüllen lassen.

Wichtiger Hinweis! Das ausgefüllte Formular bitte **nur** an die oben angegebene Anschrift der IG BCE zurücksenden.

Bei <input type="checkbox"/> bitte das Zutreffende ankreuzen Bitte in Druckschrift ausfüllen	Name des Mitgliedes (Familienname, Vorname)	Geburtsdatum	Mitglieds-Nr.
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)		Telefon-Nr. des Mitgliedes
	E-Mail-Adresse des Mitgliedes		
	Beschäftigt bei (z.Z. des Unfalles): Name und Anschrift des Arbeitgebers		als:
	Bankverbindung IBAN:		BIC:
	Name der Bank		Kontoinhaber

I. Angaben der / des Verletzten oder der bezugsberechtigten Person	1. a) genaues Unfalldatum (Tag, Monat, Jahr, Uhrzeit)	Unfallort
	b) Tätigkeit oder Verrichtung zur Unfallzeit	
	c) auf welche Ursache ist der Unfall zurückzuführen?	
	d) Wie war der nähere Hergang? (Bitte ggf. ein Zusatzblatt benutzen)	

2. a) Durch welche Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen? (Bitte genaue Anschrift mit Postleitzahl und Aktenzeichen)	_____	
b) Wurde eine Untersuchung auf Blutalkoholgehalt vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. Ergebnis _____ %
3. a) Hat die/der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. Fahrzeugart (PKW, LKW, Motorrad, Moped, Mofa) _____
b) Wenn, Führerschein Klasse	Ausstellungstag	_____
4. a) Welcher Art ist die Verletzung und welche Körperteile sind verletzt?	_____	
b) Befand sich die/der Verletzte mindestens 48 Stunden (3 Tage) in einem Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. vom _____ bis _____
Name und Anschrift des Krankenhauses _____		
c) Wie lauten Name und Anschrift des behandelnden Arztes? _____		
5. a) Bestehen noch weitere Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Diese Fragen dienen nur einer gleichlautenden Bearbeitung des Schadenfalles, sind also ohne Einfluss auf die Leistung.)
oder Lebensversicherungen (bei Todesfällen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b) Bei welcher Gesellschaft (auch Dialog Versicherung)		

c) Wie lauten die Versicherungsnummern? _____		

II. Bescheinigung des Arbeitgebers, der Dienststelle, Schule oder bei stationärer Heilbehandlung (z.B. auch Kur) der Klinik	<p style="text-align: center;">Bescheinigung des Arbeitgebers</p> <p>Der Unfall der/des zuvor Genannten wurde bisher nicht von uns der Berufsgenossenschaft bzw. der sonst zuständigen Dienststelle gemeldet, weil es sich nach unserer Kenntnis nicht um einen Arbeits-, Dienst- oder Schulunfall im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB VII) bzw. des Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetzes handelt.</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift der zuständigen Stelle (z.B. Arbeitgeber)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p>
III. Bescheinigung des behandelnden Arztes Der Verletzte selbst darf hier keine Eintragungen vornehmen!	<p style="text-align: center;">Bescheinigung des Arztes oder Krankenhauses</p> <p>Art der Verletzung _____</p> <p>Dauer der vollstationären Heilbehandlung von mindestens 48 Stunden (3Tage): vom _____ bis _____ vom _____ bis _____</p> <p>Die vollstationäre Heilbehandlung ist zu _____ % auf den vom Verletzten geschilderten Unfall vom _____ und/oder zu _____ % auf unfallfremde (degenerative) Erkrankungen zurückzuführen.</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes oder Krankenhauses</p> <p>Ort _____ Datum _____</p>
IV. Angaben der IG BCE	<p>Der auf volle 0,10 € aufgerundete durchschnittliche Monatsbeitrag beträgt € _____</p> <p>Todesfalleistung € _____ Unfall-Krankenhausgeld € _____</p> <p>zuzüglich Attestkosten für ärztliche Original-Bescheinigung € _____</p> <p>zuzüglich Attestkosten für ärztliche Original-Bescheinigung € _____</p> <p>Gesamt € _____ Gesamt € _____</p>
V. Angaben zur bevollmächtigten oder bezugsberechtigten Person bzw. der/des bezugsberechtigten Hinterbliebenen	<p>Name _____ Stellung zum versicherten Mitglied (z.B. Ehepartner, Kind, bestellter Pfleger) _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>E-Mail-Adresse _____ Telefon-Nr. _____</p>

Wichtige Hinweise

Sollte ein Dauerschaden zurückbleiben, müsste dieser innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten und nach weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt sein. Den Anspruch auf Invaliditätsleistung müssen Sie bis 15 Monate nach dem Unfall geltend machen. Bitte melden Sie den Anspruch schriftlich direkt bei Ihrer Gewerkschaft an.

Die Unfallmeldung alleine reicht zur Anmeldung des Dauerschadens nicht aus. Bitte beachten Sie zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die beigefügte Erklärung. Bitte entscheiden Sie sich für eine Variante und schicken Sie die Erklärung ausgefüllt und unterschrieben zurück. Außerdem beachten Sie bitte die Hinweise über die Folgen von Obliegenheitsverletzungen in dem beigefügten Merkblatt HUK 19.

Ebenso benötigen wir mit dieser Unfallmeldung Ihre Einwilligung, dass die IG BCE im Rahmen der Gewährung von Leistungen nach der Freizeit-Unfallversicherung Ihre personenbezogenen Daten an die Dialog Versicherung weiterleiten darf (siehe Anlage).

Für Rentner ist eine Invaliditätsleistung nicht mitversichert, mit Ausnahme derjenigen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen und Vollbeiträge bezahlen.

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der/des Verletzten oder der bevollmächtigten bzw. bezugsberechtigten Person(en) _____

→ Bitte zusammen mit der Unfallmeldung zur Freizeit-Unfallversicherung an die Gewerkschaft senden

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung¹⁾

Schadennummer (sofern vorhanden):	_____
Schadentag:	_____
Anspruchsteller:	_____
Geburtsdatum:	_____
Beruf:	_____
Anschrift:	_____

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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 Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH - soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten/die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, bei Ärzten, Heilpraktikern, 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 Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer 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.

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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 Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer 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 Dialog Versicherung AG 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.

¹⁾ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungs-Erklärung wurde 2012 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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 Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden (www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer 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 eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Dialog Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Darüber hinaus willige ich ein, dass meine Vertrags- und Schadendaten - dies sind beispielsweise meine Angaben im Antrag, auch Gesundheitsdaten, versicherungstechnische Daten, wie Vertragslaufzeit, Versicherungssumme oder Bankverbindung, sowie erforderlichenfalls Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, Sachverständigen oder eines Arztes (u. a. Behandlungsberichte) - bei der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH zum Zwecke der Schadenbearbeitung verarbeitet, insbesondere an diese übermittelt und dort verwendet werden. Ferner willige ich ein, dass bei künftigen Versicherungsfällen meine Angaben zum Schaden und gegebenenfalls Angaben von Dritten auch bei der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH geführt werden. Dies kann auch Gesundheitsdaten umfassen.

Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen unter Dialog Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 München oder unter service@dialog-versicherung.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person / des Antragstellers

5. Erklärung für gesetzlich vertretene Personen

Diese Erklärungen gebe ich für die von mir gesetzlich vertretene versicherte Person ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ihre Pflichten nach dem Versicherungsfall und Folgen bei deren Verletzung (Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz)

Sehr geehrtes Gewerkschaftsmitglied,

wenn ein Schaden entstanden ist, müssen Sie an viele Einzelheiten denken, die nun zu erledigen sind. Auch wir brauchen Ihre Unterstützung, damit wir den Hergang klären und die Schadenhöhe feststellen können. Im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und dem Vertrag ist geregelt, wie Sie sich in einem Schadenfall verhalten müssen, um Ihrten Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Wir haben hier für Sie noch einmal das Wichtigste zusammengefasst:

Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Auf Grund der mit Ihrer Gewerkschaft getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles Auskunft verlangen. Wenn Sie uns einen Schaden melden, prüfen wir, in welchem Umfang wir Leistung erbringen können. Sie sind daher verpflichtet, wahrheitsgemäß und fristgerecht

- uns alle Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind (Aufklärungsobliegenheit).
- dazu beizutragen, den Sachverhalt aufzuklären und uns alle notwendigen Angaben zu machen, soweit dies für Sie zumutbar ist (Aufklärungsobliegenheit).
- uns auf Verlangen Belege vorzulegen, wenn es Ihnen möglich ist.

Falls die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einer anderen Person zusteht, ist auch diese verpflichtet, die Obliegenheit zu erfüllen.

Leistungsfreiheit und Einschränkung unserer Leistungspflicht

Wenn Sie Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

- grob fahrlässig verletzen, können wir unsere Leistung kürzen, ggfs. sogar vollständig.
Die Höhe der Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens.
- vorsätzlich verletzen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistung.
- arglistig verletzen, sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Wir leisten jedoch auch, wenn Sie Ihre Obliegenheit grob fahrlässig oder vorsätzlich verletzen. Sie müssen dann aber nachweisen, dass wir den Versicherungsfall und unsere Leistungspflicht sowie deren Umfang trotz dieser Verletzung feststellen konnten.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an. Wir sind gerne für Sie da.