FEUERSOZIETÄT

Schadenmeldung zur Unfallversicherung

(ggf. ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht und weitere ärztliche Atteste in Kopie beifügen)

Bitte reichen Sie uns die Unfallanzeige vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein.

Sie können die Schadenmeldung auch unmittelbar an die
Postanschrift: Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft 10913 Berlin oder per E-Mail an schaden@feuersozietaet.de richten

Versicherungsnummer

Unser Zeichen (falls schon bekannt)

Versicherungsnehmer/in

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kommunikationsdaten des Versicherungsnehmers

Telefon

E-Mail

Berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers

Versicherte Person

Name, Vorname und Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kommunikationsdaten der versicherten Person

Telefon

E-Mail

Berufliche Tätigkeit der versicherten Person

Zahlungen der Versicherungsleistungen sollen an folgende **Bankverbindung** gehen:

Kreditinstitut

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Unfalltag

Datum

Uhrzeit

Unfallort
(Länderkennzeichnung, Anschrift mit Postleitzahl)

Unfallschilderung (bitte ausführlich schildern)

Hatte die verletzte Person in den letzten **24 Stunden** vor dem Unfall:

Alkohol konsumiert? ☐ nein ☐ ja, Ergebnis ‰

Medikamente genommen (auch Dauermedikation)? ☐ nein ☐ ja, welche?

Drogen genommen? ☐ nein ☐ ja, welche?

Bei welcher **Tätigkeit** fand der Unfall statt ☐ Freizeit? ☐ Beruf/Schule?

Verletztes Körperteil

Art der Verletzung

Reset Form

32 35 48; 08/25 ek **Anlage 168**

Wann fand die **Erstbehandlung** statt?
(Bitte Datum und Arzt bzw. Krankenhaus mit Anschrift angeben)

Erfolgte ein **stationärer Krankenhausaufenthalt**? ☐ nein ☐ ja, wann und wo

von bis

von bis

Besteht ein **Pflegegrad**? ☐ nein ☐ ja, Pflegegrad

(Bitte MDK-Bescheinigung einreichen) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit dem: Datum

Leidet die versicherte Person an einer der folgenden **Krankheiten**: Diabetes, Erkrankungen der Knochenstruktur (zum Beispiel: Osteoporose, Glasknochenkrankheit) oder nimmt die versicherte Person blutgerinnungshemmende Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja, ggf. welche?

Erfolgte in den letzten fünf Jahren am verletzten Körperteil (zum Beispiel: Bein, Arm, Wirbelsäule) der versicherten Person eine **ärztliche Behandlung und/oder Untersuchung**? ☐ nein ☐ ja, ggf. wann, warum, wo und bei wem?

Gab es **Zeugen** welche den Schadenhergang beobachtet haben ☐ nein ☐ ja, ggf. Namen und Anschrift angeben

Wurde der Unfall **polizeilich** aufgenommen? ☐ nein ☐ ja, ggf. Aktenzeichen und Dienststelle angeben

Bestehen **weitere Unfallversicherungen**?
(geben Sie bitte auch Verträge an, welche über Dritte z.B. Arbeitgeber, Sportverein, abgeschlossen wurden) ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bei **welchem Versicherungsunternehmen**?
(Versicherungsnummer, wenn bekannt Schadennummer)

Wurde der Unfall einer **Berufsgenossenschaft** gemeldet? ☐ nein ☐ ja, ggf. Aktenzeichen und Dienststelle angeben

Ich versichere, alle vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben.
Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zur vollständigen oder teilweisen Leistungsfreiheit führen können.
Das **Hinweisblatt zum Versicherungsschutz der Unfallversicherung** (Seite 3 + 4) habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der **verletzten Person bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/in**

Unterschrift des/der **Versicherungsnehmers/in**

Reset Form

Bitte trennen Sie dieses Merkblatt ab und nehmen es zu Ihren Unterlagen.

Wichtige Hinweise für den Schadenfall und zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung

Mitteilung nach § 28 Absatz 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, 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 fristgerechte Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Des Weiteren müssen Sie unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns diesbezüglich unterrichten.

Leistungsfreiheit
Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese 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, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den für Sie geltenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen der Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft, den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung bzw. weiteren mit Ihnen vereinbarten Besonderen Versicherungsbedingungen.

Bitte reichen Sie möglichst alle bisher erhaltenen Befundberichte (z. B. Krankenhausentlassungsbericht, MRT-Befunde etc.) in Kopie ein.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

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

innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

bzw. wenn Sie die AUB 2013 oder einen späteren Tarif vereinbart haben:

innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 21 Monaten von Ihnen 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.
Bei einem **Zeckenstich** beachten Sie bitte einen abweichenden Fristbeginn. Die vorher genannten Fristen beginnen in diesem Fall erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion. Näheres entnehmen Sie der Besonderen Bedingung für den Versicherungsschutz bei Folgen von Zeckenstichen.
Für die **Unfallrente** gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 30 %, 50 % oder 90 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen erreicht werden muss.

2. Übergangsleistung – außer AUB 2013 oder einen späteren Tarif

Ein Anspruch auf **Übergangsleistung / Erweiterte Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

– nach Ablauf von **drei Monaten** vom Unfalltag an gerechnet und
– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
– noch um mindestens **100 %** beeinträchtigt ist,
– die Beeinträchtigung innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden hat.
– Die Beeinträchtigung muss spätestens **vier 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 bzw.

– nach Ablauf von **sechs Monaten** vom Unfalltag an gerechnet und
– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
– noch um mindestens **50 %** beeinträchtigt ist,
– 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.

3. Kosmetische Operationen

Die kosmetische Operation muss innerhalb von drei Jahren (bei AUB 2020 innerhalb von fünf Jahren) nach dem Unfall erfolgt sein, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
Bitte beachten Sie auch, dass bei kosmetischen Operationskosten infolge eines versicherten Unfalls keine Umsatzsteuer übernommen werden kann.

4. Leistungsarten außerhalb der AUB / AB UBR

Haben Sie außerhalb der AUB bzw. der AB UBR mit uns weitere Leistungen (z. B. Sofortleistungen, Kurbeihilfen, Invaliditäts-Zusatzversorgung für Kinder) vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und einzuhaltenden Fristen den jeweiligen besonderen Bedingungen zu entnehmen.

5. Neubemessung der Invalidität

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, ärztlich neu bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Das Recht zur Neubemessung ist von uns zusammen mit unserer Erklärung über die Leistungspflicht geltend zu machen. Von Ihnen muss das Recht vor Ablauf der maßgeblichen Frist ausgeübt werden.

Die Schadenmeldung zur Unfallversicherung senden Sie bitte direkt an:

Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft
10913 Berlin
oder an schaden@feuersozietaet.de

Für weitere Fragen zu Ihrer Unfallversicherung sind wir unter der Service-Nummer (0 30) 26 33-8 88 für Sie da.