

# Fragebogen für Anspruchsteller

(Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem GDV und dem Deutschen Anwaltsverein getroffenen Vereinbarung.)

**LKV Landesverbands-Kleingartenversicherungsservice GmbH**

Mittelstr. 12-14 Haus B | 50672 Köln | Fon: 0221 2924 555 0 | schaden@lkv-service.de



Schadensnummer: \_\_\_\_\_ Ihr Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrter Anspruchsteller, sehr geehrte Anspruchstellerin, von Ihrem Schadenfall erhielten wir Kenntnis. Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben per E-Mail oder Post an uns zurück.**

## 1) ANGABEN ZUM ANSPRUCHSTELLER

Name des Anspruchstellers:	Berufliche Tätigkeit:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift:	Telefonnummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankverbindung: Name des Geldinstituts	Kontoinhaber:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN:	BIC:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrer:	
<input type="text"/>	

## 2) ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER

Name des Versicherungsnehmers (Schadenstifters):	
<input type="text"/>	
Anschrift:	Telefonnummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichert bei:	Versicherungsnummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amtliches Kennzeichen:	Name des Fahrers:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift des Fahrers:	Telefonnummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 3) ANGABEN ZUM SCHADENORT UND -HERGANG

Unfallort:	
<input type="text"/>	
Unfalltag	Unfallzeit:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genauere Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem besonderen Blatt) Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?

Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtl. Kennzeichen):

# Fragebogen für Anspruchsteller

(Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem GDV und dem Deutschen Anwaltsverein getroffenen Vereinbarung.)



Name und Anschrift von Unfallzeugen:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen und wie lautet das Aktenzeichen:

## 4) BEI ANSPRÜCHEN WEGEN SACHSCHÄDEN

Was wurde beschädigt?

Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?

Gehört sie zum Betriebsvermögen?

Ja  Nein

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung?

Ja , mit \_\_\_\_\_ %  Nein

Art und Umfang der Beschädigung:

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden?

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten:

Reparaturdauer ca.:

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei:

Telefonnummer:

Hat eine Besichtigung stattgefunden?

Ja  Nein

Falls ja, durch wen?

Frühere Schäden; Zahl und Umfang?

## 5) BEI BESCHÄDIGTEN KRAFTFAHRZEUGEN ZUSÄTZLICH ZU BEANTWORTEN

Fahrzeugart/ Hersteller/ Typ:

Baujahr/ KM-Stand/ aml.-Kennzeichen:

Wie viele Vorbesitzer sind im Kraftfahrzeugbrief eingetragen?

Durch welche Gesellschaft und unter welcher Policen-Nr. war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalles versichert?

Haftpflicht-Versicherung

Nr.:

Vollkasko-Versicherung:

Selbstbeteiligung in Euro:

Nr.:

Teilkasko-Versicherung:

Selbstbeteiligung in Euro:

Nr.:

Handelt es sich um ein geleastes oder finanziertes Fahrzeug?

Ja  Nein

Leasing-Bank:

Falls kein Totalschaden vorliegt, wird unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht sofortige Inangriffnahme der Reparatur empfohlen. Ein Schaden, der durch verspätete Auftragserteilung entsteht, geht nicht zu Lasten des Schädigers. Bei Auftragserteilung ist die Reparaturwerkstatt darauf hinzuweisen, dass die Rechnung unter Berücksichtigung der Arbeitswertlisten der Herstellerwerke auszustellen ist.

# Fragebogen für Anspruchsteller

(Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem GDV und dem Deutschen Anwaltsverein getroffenen Vereinbarung.)



## 6) BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

Name des Verletzten:		Geburtsdatum:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Anschrift:	Telefonnummer:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Familienstand:	Zahl u. Alter der Kinder:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ausgeübter Beruf	Selbstständig?	Monatliches Nettoeinkommen:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Name und Anschrift des Arbeitgebers:	Nr.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente:	Falls nein, von wem?	Betrag?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 7) ART UND UMFANG DER VERLETZUNGEN

Art und Umfang der Verletzungen:

  

War zum Unfallzeitpunkt der Sicherheitsgurt angelegt?	Falls nein, weshalb nicht?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	
Anschrift:	Telefonnummer:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenhausaufenthalt von:	Krankenhausaufenthalt bis:	voraussichtlich:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Anschrift des Krankenhauses:		
<input type="text"/>		
Name und Anschrift der -ambulant- behandelnden Ärzte:		
<input type="text"/>		
Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?	Falls ja, von?	bis?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lag ein Berufs- bzw. Wegeunfall von/zur Arbeit vor?	Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	
Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?	Bei welcher Anstalt?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen. Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.

Ort, Datum:	Unterschrift des Anspruchsberechtigten:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Fragebogen für Anspruchsteller

(Dieses Formular beruht auf einer zwischen dem GDV und dem Deutschen Anwaltsverein getroffenen Vereinbarung.)



## 8) ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT (NUR BEI PERSONENSCHÄDEN)

Zur Weiterbearbeitung benötigen wir Arztberichte bzw. Auskünfte. Dazu muss die betreffende Stelle von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Wir bitten Sie deshalb, die folgende Erklärung zu ergänzen und zu unterschreiben:

Schadensnummer:

Versicherungsscheinnummer:

Ereignis vom:

### 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 Janitos Versicherung AG (kurz: Janitos) 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 Janitos benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch 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:

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Janitos – 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 Janitos übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Janitos an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Janitos 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 Janitos 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 Janitos einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Janitos 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 Janitos 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 Janitos benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 Janitos meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckent-sprechend verwendet und die Ergebnisse an die Janitos zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Janitos tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

#### 3. Widerrufsmöglichkeit

**Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der absendenden Stelle zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Prüfung der Schadenersatzansprüche wegen des geltend gemachten Personenschadens im Regelfall nicht möglich ist.**

Ort, Datum:

Unterschrift des Anspruchsberechtigten:

Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Anspruchsberechtigter)

Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter