



ERGO Versicherung AG  
Postfach – 40198 Düsseldorf

ERGO  
Versicherung AG  
Victoriaplatz 1  
40477 Düsseldorf

Herrn/Frau

---

---

---

---

Telefon 0800 3746880  
Telefax 0211 477-3480  
Service@ergo.de  
www.ergo.de

UniCredit Bank  
Kto.-Nr.: 43 600 60  
BLZ 302 201 90

Versicherungsschein-Nr.

BD

Agt.

Datum

--	--	--	--

Sehr geehrte Dame,  
sehr geehrter Herr,

Sie möchten Ihre Unfallversicherung in Anspruch nehmen.

Damit wir uns ein genaues Bild über den Schaden machen können, senden Sie uns bitte die beiden beiliegenden Antwortblätter ausgefüllt zurück:

**Die Unfall-Schadenanzeige:**

Füllen Sie diese bitte aus und unterschreiben Sie sie. Auf der Rückseite des Vordruckes lassen Sie bitte die ärztliche Bescheinigung möglichst handschriftlich ausfüllen – gern auch vom Hausarzt. Wenn Sie dafür Gebühren zahlen müssen, lassen Sie sich das am besten auf dem Formular bestätigen. Dann können wir Ihnen diese sofort wieder zurückzahlen.

**Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung:**

Wir möchten Ihnen so schnell wie möglich helfen. Möglicherweise müssen wir einige Fragen mit dem behandelnden Arzt klären. Dazu benötigen wir die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten. Bitte kreuzen Sie eine der beiden Möglichkeiten an. Lassen Sie die Erklärung unbedingt von der verletzten Person (oder dem gesetzlichen Vertreter) unterschreiben. Denn nur dann ist sie gültig.

**Bitte senden Sie uns dann diese beiden ausgefüllten Blätter zu.**

Das zusätzlich beiliegende Informationsblatt ist für Sie. Sie finden darin wichtige Fristen. Außerdem können Sie nachlesen, welche Folgen eventuelle Fristversäumnisse haben können.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage:

**ERGO Versicherung Aktiengesellschaft**  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky  
Vorstand: Christian Diedrich (Vorsitzender),  
Rolf Bauernfeind, Olaf Bläser, Jürgen Engel, Frank Sievers  
Sitz: Düsseldorf, Handelsregister: Amtsgericht Düsseldorf  
HRB 36466, USt-IdNr.: DE812572415

**Hausanschrift:**  
ERGO Versicherung AG  
Victoriaplatz 1, 40477 Düsseldorf

**Internet:**  
www.ergo.de

Bankverbindung: UniCredit Bank  
BLZ 302 201 90, Kto.-Nr. 43 600 60  
IBAN DE67 3022 0190 0004 3600 60  
BIC HYVEDEMM414

## **Wichtige Fristhinweise** (für Ihre Unterlagen)

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Versicherungs-Bedingungen und den ggf. vereinbarten Besonderen Bedingungen.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen machen wir Sie besonders aufmerksam:

### **1. Kapitalleistung bei Invalidität / Rentenleistung bei Invalidität (sofern versichert)**

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

- innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt worden ist und
- innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall von Ihnen 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 Leistung.**

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

Für die ggf. vereinbarte Rentenleistung bei Invalidität gilt zusätzlich, dass diese Leistung erst ab einem vertraglich vereinbarten Invaliditätsgrad (ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) gezahlt wird.

### **2. Übergangsleistung (sofern versichert)**

2.1 Ein Anspruch auf Übergangsleistung in Höhe von 50% der vereinbarten Versicherungssumme 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
- ununterbrochen
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu 100% beeinträchtigt ist.

2.2 Ein Anspruch auf Übergangsleistung (unter Anrechnung der etwaigen Leistung nach 2.1) besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet
- ununterbrochen
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50% beeinträchtigt ist.

Die Beeinträchtigung zu 2.1 muss spätestens vier Monate, die Beeinträchtigung zu 2.2 muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob uns der Unfall selbst bereits zuvor gemeldet worden war.

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

Name der verletzten Person      Geburtsdatum      Unfall vom      Versicherungsschein-Nr.

--	--	--	--

## **Einwilligung und Schweigepflichtentbindung 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 ERGO Versicherung AG 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ERGO Versicherung AG 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 Erklärung bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

**Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

#### **Möglichkeit I**

Ich willige ein, dass die ERGO Versicherung AG – soweit es 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 10 Jahren vor Stellung des Versicherungsantrages an die ERGO Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ERGO Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ERGO 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.

#### **Möglichkeit II**

Ich wünsche, dass mich die ERGO 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 und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ERGO Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ERGO Versicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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,



## Unfall-Schadenanzeige

(Bitte nutzen Sie ggf. ein Zusatzblatt, wenn der Platz auf diesem Formular nicht ausreicht)

**Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.:**

<b>Angaben zur verletzten Person</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	Ausgeübter Beruf bzw. ausgeübte Tätigkeit	
	seit			
	Straße und Haus-Nr., Postleitzahl und Wohnort			
Wie sind Sie telefonisch oder online erreichbar?				
<b>Angaben zum Unfall</b>	Wann und wo ereignete sich der Unfall?			
	Datum	Uhrzeit (0-24 Uhr)	Unfallort	
	Handelt sich um einen			
	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Wegeunfall? <input type="checkbox"/> sonstigen (privaten) Unfall?			
	<b>Nur bei Unfällen im Straßenverkehr</b>	Die verletzte Person war		
	<input type="checkbox"/> Fahrzeuginsasse/Sozius <input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Fahrradfahrer <input type="checkbox"/> _____			
<b>Nur für Lenker eines Kraftfahrzeuges</b>	Welches Kraftfahrzeug hat die verletzte Person ggf. benutzt?	War die versicherte Person im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?		
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Moped		<input type="checkbox"/> Ja, Klasse _____ <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Genauere Schilderung des Unfallherganges</b>				
Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder sonstige Rauschmittel zu sich genommen?		Wurde ihr eine Blutprobe entnommen?		
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, ggf. Ergebnis ____ ‰ <input type="checkbox"/> Nein		
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (ggf. Anschrift der Behörde und Aktenzeichen)?				

Name der verletzten Person

Geburtsdatum

Unfall vom

--	--	--

gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ERGO 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 Jahren nach Vertragsschluss.

## 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

**Ich willige ein, dass die ERGO Versicherung AG 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 ERGO Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die ERGO Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

Ort

Datum

Unterschrift der verletzten Person bzw.  
des gesetzlichen Vertreters