

# Unfall Schadenanzeige

USF-300 02.20

An die  
uniVersa  
Allgemeine Versicherung AG  
AV-Schaden  
90333 Nürnberg

**Versicherungsnummer**

**Schadennummer**

**Versicherungsnehmer:**

Zuname

Vorname

**versicherte Person:**

Zuname

Vorname

## Angaben zum Unfallereignis

**Wann** hat sich der Unfall ereignet?  Uhrzeit:

**Wo** hat sich der Unfall ereignet (Adresse)?

Handelt es sich um einen  Berufsunfall  Schulunfall  Unfall auf dem Weg zur Arbeit/Schule  sonstiger Unfall?

**Wann** wurde der Unfall erstmals gemeldet?  Bei wem?

## Angaben zur verletzten Person

Herr  Frau  Divers Titel  Geburtsdatum

Zuname  Vorname

Straße  Hausnummer

Postleitzahl  Wohnort

ausgeübter Beruf

## Angaben zur Ursache und zum Hergang des Unfalls

(Bitte schildern Sie ausführlich die Umstände, die zu dem Unfall geführt haben. Bei Stürzen nennen Sie bitte Grund und Ursache des Sturzes.)









# Unfall Schadenanzeige

USF-300 02.20

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schadensnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

### 3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die uniVersa Allgemeine Versicherung AG 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 uniVersa Allgemeine 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 uniVersa Allgemeine Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die uniVersa Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.*

### 4. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems

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 die uniVersa Allgemeine Versicherung AG an das HIS melden. Die uniVersa Allgemeine Versicherung AG 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 benötigt die uniVersa Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

*Ich entbinde die für die uniVersa Allgemeine 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 (siehe unter Ziff. 1.).

		✘
Ort	Datum	Unterschrift versicherte Person
		✘
Ort	Datum	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)
		✘
Ort	Datum	Unterschrift gesetzlichen Vertreters (bspw. Vater, Mutter oder Vormund; bei Verstorbenen der betreffende Rechtsnachfolger)