

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Lifestyle Protection AG
40718 Hilden

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
ein Unfall ist immer eine schlimme Sache. Jetzt heißt es alles zu tun, um die finanziellen Folgen des Unfalls zu mindern – schnell und unbürokratisch. Mit der Lifestyle Protection AG haben Sie sich für einen Partner entschieden, dessen Zielsetzung eine zügige und problemlose Bearbeitung ist. Damit wir dieses Versprechen einhalten können, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Bitte füllen Sie die Unfallanzeige vollständig aus, trennen Sie die Arztanfrage ab und legen diese Ihrem behandelnden Arzt vor. Unterschreiben Sie bitte vorab die Schweigepflichtentbindung. Bitte reichen Sie uns die Arztanfrage anschließend zusammen mit Ihrer Unfallanzeige ein.

Für Rückfragen sind wir für Sie da! Rufen Sie uns unter der Telefonnummer (02103) 34-6660 an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Lifestyle Protection AG

Unfallanzeige

1. Persönliche Daten

Frau Herr

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Versicherungsnummer

2. Wann und wo ereignete sich der Unfall?

am (Tag, Monat, Jahr) um (24-Std.-Zeit)
Uhr

Adresse (Wohnung, Arbeitsplatz)

3. Schilderung des Unfallereignisses

Bitte Hergang ausführlich schildern, Hinweis auf Polizeibericht etc. reicht nicht. Bei nicht ausreichendem Platz, Fortsetzung auf einem gesonderten Blatt beifügen.)

Wie ereignete sich der Unfall? Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit?

4. Wann wurde erste ärztliche Hilfe geleistet und durch wen?

am (Tag, Monat, Jahr) um (24-Std.-Zeit)
Uhr

Name, Anschrift Arzt

5. Erfolgte eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus?

ja nein

Wenn ja, von bis

Name, Anschrift Krankenhaus

6. Welcher Arzt behandelt Sie zurzeit?

Name, genaue Anschrift



7. Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?

ja nein

Wenn ja, was und wie viel?

Ist Ihnen eine Blutprobe entnommen worden?

ja nein

Wenn ja, Ergebnis der Blutuntersuchung
% Alkoholgehalt

8. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

ja nein

Wenn ja, genaue Anschrift der Polizeidienststelle und Aktenzeichen angeben

9. Hat die Staatsanwaltschaft ermittelt?

ja nein

Wenn ja, Name, genaue Anschrift der Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen angeben

10. Bestehen für Sie weitere Unfallversicherungen oder sind weitere beantragt?

ja nein

Wenn ja, Name, Anschrift, Telefonnummer des Versicherers und Vertragsnummer angeben

11. Waren Sie bei Eintritt des Unfalls vollständig gesund?

ja nein

Wenn nein, welche Krankheiten, Gebrechen, Unfallfolgen, degenerativen Veränderungen bestanden?

12. Sind Sie pflegebedürftig?

ja nein

Wenn ja, in welchem Pflegegrad sind Sie eingestuft? Bitte fügen Sie eine Kopie des Einstufungsbescheids bei.

1 2 3 4 5

Seit wann genau besteht der Pflegegrad?

13. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

ja nein

Wenn ja, enthält Ihr Ausweis eines der folgenden Merkzeichen Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Schwerbehindertenausweises bei.

B G H

Seit wann ist dieses Merkzeichen gültig?

14. Kontoverbindung

Versicherungsleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber

Bankinstitut

IBAN

BIC

15. Steueridentifikationsnummer

Steueridentifikationsnummer des Verletzten

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

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 fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

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 Obliegenheit 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.

Weitergabe von persönlichen Daten

Die verletzte Person ist damit einverstanden, dass personenbezogene Daten an den Versicherungsnehmer weitergegeben werden.

Unterschrift des Verletzten


Datum | Ort

Unterschrift des Verletzten


Wichtig! Bitte denken Sie auch an die Unterschrift auf der Arztanfrage (Schweigepflichtentbindung).

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Datum | Ort

Unterschrift des Versicherungsnehmers


Wenn Sie die Unfallanzeige nicht selbst ausgefüllt haben, überprüfen Sie bitte bevor Sie unterschreiben, ob alle Angaben richtig sind.


Arztanfrage

Lifestyle Protection AG | 40718 Hilden | Telefon (0 21 03) 34-6660

Information für den Arzt

Ihr Patient beansprucht Leistungen aus der bei uns bestehenden Unfallversicherung. Für unsere Entscheidung benötigen wir von Ihnen ärztliche Auskünfte.

Wir bitten Sie, uns diese zu erteilen, soweit Ihnen dies anhand Ihrer Aufzeichnungen und Beobachtungen möglich ist.

Schweigepflichtentbindung	
Für die Beurteilung der Leistungspflicht werden ärztliche Angaben benötigt. Zur Beantwortung dieser „Arztanfrage“ entbinde ich daher meinen Arzt von der Schweigepflicht gegenüber der Lifestyle Protection AG.	
Unterschrift des Verletzten	
Datum	Ort
Unterschrift des Verletzten	
	

Frau Herr

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

1. Unfallort und -zeit

Wann ereignete sich der Unfall?

am (Tag, Monat, Jahr) um (24-Std.-Zeit)
Uhr

Wo ereignete sich der Unfall?

Wohnung, Arbeitsplatz

Was ist Ihnen über den Unfallhergang bekannt?

2. Befund

Welcher Befund lag bei der ersten Untersuchung vor?

Bitte teilen Sie uns die genauen Diagnosen mit!

Wann wurde erste ärztliche Hilfe geleistet?

am (Tag, Monat, Jahr) um (24-Std.-Zeit)
Uhr

3. Behandlung

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

War eine stationäre Heilbehandlung erforderlich?

ja nein

Wenn ja, von _____ bis _____

Wenn bekannt, bitte Name und Anschrift des Krankenhauses angeben:

Name, genaue Anschrift _____

Welcher Arzt übernahm die weitere Behandlung?

Name, genaue Anschrift _____

4. Alkohol und Drogen/Blutprobe

Stand der Patient zum Unfallzeitpunkt unter dem Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder Rauschmitteln?

ja nein

Wenn ja, welche diesbezüglichen Beobachtungen haben Sie gemacht? _____

Ist eine Blutprobe entnommen worden?

ja nein

Wenn ja, Ergebnis der Blutuntersuchung _____
% Alkoholgehalt _____

5. Gesundheitliche Vorgeschichte

Bestanden, unabhängig von den Unfallverletzungen, Krankheiten oder Gebrechen?

ja nein

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Wurden die durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschäden durch Vorerkrankungen verschlimmert?

ja nein

Auf welche Art und Weise? _____

Wurde der Heilungsverlauf durch Vorerkrankungen beeinflusst?

ja nein

Wenn ja, durch welche Vorerkrankungen? _____

Auf welche Art und Weise?

Die nach dem Unfallereignis festgestellten Gesundheitsschäden sind eher

durch das Unfallereignis oder

durch bestehende Vorerkrankungen bedingt?

Bei Vorerkrankungen, durch welche?

6. Prognose

Ist die Behandlung abgeschlossen?

ja nein

Wenn ja, am Wenn nein, voraussichtlich am

Wird voraussichtlich ein Dauerschaden verbleiben?

ja nein

Wenn ja, voraussichtlich (bezogen auf die Gesamtinvalidität des ganzen Körpers)

von mindestens 50 % unter 50 %

7. Gebühr 18 EUR

Kontoinhaber

Bankinstitut

IBAN

BIC

Unterschrift des Arztes

Datum Ort

Unterschrift des Arztes

X