

BKK Pfalz, Lichtenbergerstr. 16, 67059 Ludwigshafen

Ansprechpartnerin: Maike Wengertsmann
Team Regressmanagement

Kundennummer:
Telefon: 0621 68559430
Fax: 0621 685593430
E-Mail: mwengertsmann@bkkpfalz.de

Ludwigshafen, 06.05.2021

Guten Tag,

Ihre BKK Pfalz setzt sich für Ihre Gesundheit ein. Die Erkrankung könnte die Folge eines Unfalls sein. In diesem Fall könnten wir Schadensersatzansprüche beim Unfallverursacher geltend machen.

Deshalb benötigen wir Ihre Hilfe! Bitte füllen Sie den beigefügten Unfallfragebogen aus, auch wenn kein Unfall oder Eigenverschulden vorlag. Nutzen Sie bitte für den Versand unseren Freiumschlag.

Haben Sie Fragen? Wir sind gerne für Sie da!

Freundliche Grüße aus der Pfalz

Maike Wengertsmann

Antwort auf häufige Fragen zum Unfallfragebogen

Warum benötigen wir die Angaben auf dem Fragebogen?

Ihre Antworten helfen uns herauszufinden, ob ggf. ein Dritter an Ihrem Unfall beteiligt war. Ist dies der Fall, können wir uns die entstandenen Behandlungskosten von dieser Person beziehungsweise deren Haftpflichtversicherung erstatten lassen.

Dabei geht es nicht allein um das "klassische" Fremdverschulden, wie zum Beispiel bei Verkehrsunfällen oder Körperverletzungen. Es gibt noch weitere Gründe, die einen Ersatzanspruch rechtfertigen. Hierzu gehören beispielsweise auch Unfälle mit Tieren, Unfälle infolge Verletzungen der Verkehrssicherung (Streu- und Räumpflichten), Verletzungen durch Produktmängel und vieles mehr. Um dies zu prüfen, benötigen wir von Ihnen möglichst genaue Angaben darüber, wie es zu Ihrer Verletzung gekommen ist.

Ich habe den Unfall selbst verursacht. Muss ich jetzt damit rechnen, dass Sie mir die Kosten in Rechnung stellen?

Nein, grundsätzlich nicht. Wir sind Ihr Partner für Ihre Gesundheit und immer an Ihrer Seite, wenn Sie uns brauchen.

Ich habe den Unfall nicht verschuldet. Muss ich trotzdem Zuzahlungen und Eigenanteile leisten?

Ja, auch bei einem Fremdverschulden sind Zuzahlungen und Eigenanteile zu leisten, außer bei bereits bestehender Zuzahlungsbefreiung. Möglicherweise können Sie diese Kosten aber selbst bei der Gegenseite als Schadenersatz geltend machen.

Ich bin mir sicher, dass ich keinen Unfall gehabt habe. Wie kann ich den Fragebogen jetzt ausfüllen?

Für diesen Fall tragen Sie bitte unter "Allgemeine Angaben" ein, um welche Erkrankung es sich handelt (Diagnose) und geben bitte genau an, wie es zu Ihrer Verletzung oder Erkrankung gekommen ist. Möglich wären hier beispielsweise Eintragungen wie: "Die Schmerzen sind ganz plötzlich ohne erkennbare Ursache aufgetreten" oder "Ich hatte Kreislaufversagen".

Wichtig: Nur der Eintrag "Kein Unfall" reicht nicht aus.

Ich kann mich gar nicht daran erinnern, wegen einer Verletzung in Behandlung gewesen zu sein. Was kann ich jetzt machen?

Bitte rufen Sie uns in diesem Fall unter der genannten Telefonnummer an. Gerne schauen wir nach, welche Behandlung mit welcher Diagnose der Anlass für den Versand des Fragebogens war.

Ich habe bereits im Krankenhaus/beim Arzt Angaben zu dem Unfall gemacht. Haben Sie diese nicht erhalten?

Die Leistungserbringer, wie beispielsweise Ärzte oder Krankenhäuser, teilen uns lediglich Ihre Diagnose mit. Wie es zu dem Unfall kam oder welche weiteren Angaben Sie vor Ort gemacht haben, erfahren wir von dort leider nicht.

Warum die Frage und Unterscheidung zum Arbeitsunfall?

Für Arbeitsunfälle sowie Berufskrankheiten sind grundsätzlich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften) zuständig.

Von einem Arbeitsunfall spricht man bei Unfällen, die sich während der Arbeit oder auf dem direkten Weg von oder zur Arbeitsstelle ereignen (Arbeits- und Wegeunfälle, Berufskrankheiten).

Durch diese Unterscheidung ergeben sich auch Vorteile für Sie: Sie zahlen keine Eigenanteile für Ihre Behandlung!

Ich wurde Opfer einer Gewalttat- Habe ich weitere Ansprüche?

Ja, evtl. bestehen Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), wenn Sie persönlich oder als Angehöriger durch eine Gewalttat einen gesundheitlichen Schaden erlitten haben. Weitere Informationen erhalten Sie über das Bundesministerium für Arbeit und Soziales- oder bei der für Sie zuständigen Landesversorgungsbehörde.

Hinweis zur Rückgabe / Rücksendung:

- Abgabe in einem Kundencenter oder per Post an: BKK Pfalz, Lichtenbergerstr. 16, 67059 Ludwigshafen
- per Telefax oder per E-Mail an uns übermitteln
- per Telefon, soweit kein Unfallereignis vorlag oder keine andere Person an dem Vorfall beteiligt war

Ihre Mitwirkungspflichten | Datenschutz

Damit wir mögliche Schadenersatzansprüche beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I und § 402 BGB erforderlich. Die Daten sind gemäß § 67a Abs. 3 SGB X für die Feststellung der Schadenersatzansprüche (§ 116 GSB X) zu erheben.

Zurück an die BKK Pfalz

Name: - Vers.-Nr.

Allgemeine Angaben:

| | | |
|---|--|---|
| Ereignistag: | Uhrzeit: | Ereignisort: |
| Art der erlittenen Verletzung (Diagnose): | Ereignete sich die Verletzung zu Hause? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | Ereignete sich die Verletzung im Pflegeheim, Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wichtig: Bitte schildern Sie uns wie es zur Schädigung gekommen ist. Bitte immer ausfüllen, auch wenn keine dritte Person beteiligt war! | | |
| z. B. "Ich bin in meiner Wohnung über die Teppichkante gestolpert." | | |
| Wer hat den Schaden nach Ihrer Ansicht verursacht? | Name: | Vorname: |
| | Anschrift: | |
| Zeugen | Name, Anschrift | |
| Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei folgender Polizeidienststelle (Anschrift) | |
| | Aktenzeichen: _____ | |
| Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt, um eigene Ansprüche geltend zu machen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei folgendem Rechtsanwalt (Anschrift) | |
| | _____ | |
| Welche Leistungen haben Sie im Zusammenhang mit der Verletzung in Anspruch genommen? | <input type="checkbox"/> ärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Arzneimittel | |
| | <input type="checkbox"/> Heilmittel <input type="checkbox"/> Rettungswagen <input type="checkbox"/> Notarztwagen | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |
| | _____ | |

Wenn Sie eine der nachfolgenden Fragen mit „Ja“ beantworten können, machen Sie bitte auf der nachfolgenden Seite die weiteren Angaben zu dem entsprechenden Vorfall.

| | | |
|---|--|---|
| | Ereignete sich der Vorfall ... | |
| A | als Teilnehmer im Straßenverkehr? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeugführer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Sonstige - bitte weitere Angaben auf Seite 2 machen unter A |
| B | während oder auf dem Weg von/zu 3. der Arbeit, Homeoffice 4. der Schule, Hort, Kindergarten 5. einer ehrenamtlichen Tätigkeit 6. der Ausübung einer Pflegetätigkeit 7. einer Gefälligkeit (z.B. beim Umzug) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte weitere Angaben auf Seite 2 machen unter B |
| C | bei der Ausübung einer sportlichen Tätigkeit? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte weitere Angaben auf Seite 2 machen unter C |
| D | aufgrund von Eis-, Schneeglätte oder Schäden auf dem Boden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte weitere Angaben auf Seite 2 machen unter D |
| E | unter Beteiligung eines Tieres? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte weitere Angaben auf Seite 2 machen unter E |
| F | die Verletzung durch eine Gewalttat (z. B. Schlägerei, Überfall) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte weitere Angaben auf Seite 2 machen unter G |
| G | Besteht der Verdacht eines Behandlungsfehlers? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Gerne übersenden wir Ihnen einen extra Fragebogen |

Datenschutzhinweis:
 Die Erhebung der Daten beruht auf § 11 Abs. 4 SGB V, §§ 116 und 119 SGB X, § 6 EFZG und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I, § 206 SGB V verpflichtet, sofern Sie nicht wegen Überschreitens der Grenzen der Mitwirkung verweigern dürfen (§ 65 SGB I). Folgen der fehlenden Mitwirkung ergeben sich nach § 66 SGB I, sowie ein Nachholen der Mitwirkung nach § 67 SGB I. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit e DSGVO i.V.m. § 284 Abs. 1 Nr. 11 SGB V.
 Weitere Informationen erhalten Sie nach Artikel 13 DSGVO unter www.bkkpfalz.de/datenschutz-und-informationsfreiheit
 Haben Sie keine Möglichkeit der Internetnutzung? Ihre BKK Pfalz sendet Ihnen die Hinweise zum Datenschutz und der Informationsfreiheit natürlich gerne per Post. Informieren Sie uns einfach.

| | Von der eigenen Person | Vom Unfallbeteiligten | |
|-------------|--|--|---|
| Zu A | Art des Fahrzeuges (Pkw, Lkw, usw.) | | |
| | Polizeiliches Kennzeichen | | |
| | Fahrer zum Zeitpunkt des Unfalls | | |
| | Anschrift des Fahrers | | |
| | Halter des Fahrzeuges | | |
| | Anschrift des Halters | | |
| | Haftpflichtversicherung | | |
| | Versicherungs- / Schaden-Nr. | | |
| | Name weiterer Beteiligter | | |
| | Angaben bei Beteiligung von öffentlichen Verkehrsmitteln | <input type="checkbox"/> Straßen- / U-Bahn <input type="checkbox"/> Eisen- / S-Bahn <input type="checkbox"/> Bus Linie _____ Fahrtrichtung _____ Verkehrsgesellschaft _____ | |
| Zu B | Name und Anschrift des Unfallortes <i>(z. B. Betrieb, Homeoffice, Schule, Kindergarten, Verein, Ort der Pflege)</i> | | |
| | Auf welchem Weg ereignete sich der Unfall? <i>(z. B. auf dem Weg zur Arbeit)</i> | | |
| | Name der Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse | | |
| Zu C | Bei welchem Sport ereignete sich der Unfall? | <input type="checkbox"/> privater Sport <input type="checkbox"/> Schulsport <input type="checkbox"/> Betriebs-/Berufssport | <input type="checkbox"/> Vereinssport <input type="checkbox"/> mit Lizenz <input type="checkbox"/> ohne Lizenz |
| | War ein anderer am Unfall beteiligt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift _____ | |
| | Art der Beteiligung | | |
| Zu D | Genaue Unfallstelle | <input type="checkbox"/> Privatgelände <input type="checkbox"/> auf der Fahrbahn <input type="checkbox"/> im freien Gelände <input type="checkbox"/> Gehweg <input type="checkbox"/> Treppe <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |
| | Lag die Ursache an Nässe, Verunreinigungen oder Mängeln? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wodurch _____ | |
| | Ursache durch Glatteis/Schnee | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja war gestreut? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| | Hat es unmittelbar vorher geregnet oder geschneit? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| | Name und Anschrift des Haus- und Grundstückeigentümers (auch Gemeinde oder Stadt) | | |
| Zu E | Um welche Tierart handelt es sich? | | |
| | Name und Anschrift des Tierhalters | | |
| | Besteht eine Tierhaftpflichtversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Versicherungsgesellschaft _____ Versicherungsschein-Nr. _____ | |
| Zu F | Die Verletzung entstand durch eine Körperverletzung / Überfall | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name des Täters _____ | |
| | Ich stelle einen Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz OEG | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja beim Versorgungsamt _____ gestellt am: _____ | |

Datenschutzhinweis und Schweigepflichtenbindung:
 Ich versichere, dass die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden. Ich entbinde die mich in Zusammenhang mit dem obigen Schadensereignis behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, Pflegeeinrichtungen und sonstigen nicht-ärztlichen Vertragspartner gegenüber der BKK Pfalz und deren Pflegekasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie den Schädigern bzw. dessen Haftpflichtversicherungen von der gesetzlichen Schweige- und Datenschutzpflicht, soweit die Auskünfte und Unterlagen zur gerichtlichen oder außergerichtlichen Prüfung und Geltendmachung von Ersatz- u. Erstattungsansprüchen aufgrund des obigen Schadensereignisses erforderlich sind. In diesem Rahmen bin ich mit der Herausgabe der Unterlagen an die vorgenannten Stellen und an alle weiteren bei der Prüfung des Schadensfalles Beteiligten (z.B. Rechtsanwälte, Gutachter, Gericht, sonstige Verfahrensbeteiligte) einverstanden. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass ein Widerruf nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung richtet sich an: BKK Pfalz, Lichtenbergerstrasse 16, 67059 Ludwigshafen.

| | |
|---|---------------|
| Bei Rückfragen bin ich unter folgender Telefon-Nr. erreichbar: | |
| Privat: | Geschäftlich: |
| ich bin mit Speicherung meiner Daten einverstanden. | |
| Datum: | Unterschrift: |