



Informationen für Klienten

**VERKEHRSUNFÄLLE MIT
KRAFTFAHRZEUGEN
(OBLIGATORISCHE INANSPRUCHNAHME
DRITTER)**

**LEVEL 12, 39 MARTIN PLACE
SYDNEY NSW 2000**

TEL.: (02) 9237 2222

FAX: (02) 9223 6323

stacksgoudkamp.com.au

**HABEN SIE FRAGEN? RUFEN SIE UNS AN
UNTER
1800 25 1800
FÜR UNVERBINDLICHE RECHTSBERATUNG**

VERKEHRSUNFÄLLE MIT KRAFTFAHRZEUGEN (OBLIGATORISCHE INANSPRUCHNAHME DRITTER)

Wenn Sie infolge eines Straßenverkehrsunfalls verletzt wurden, haben Sie Anspruch auf Entschädigung (z. B. Schadensersatz), sofern Sie nachweisen können, dass der Unfall durch die Schuld des Fahrers eines Fahrzeugs (Auto, Lastkraftwagen, Motorrad, Bus) verursacht worden ist, selbst dann, wenn Sie teilweise für den Unfall mitverantwortlich sind. Sie können auch Entschädigung verlangen, wenn es sich um einen schuldlosen Unfall handelt.

Der Betrag, den Sie als Entschädigung erhalten, hängt von Folgendem ab:

- (a) Schwere Ihrer Verletzungen und das Ausmaß, in dem diese Ihren Lebensstil beeinträchtigen;
- (b) ob Sie Einkommensverluste erlitten haben und/oder wahrscheinlich erleiden werden (z. B. Gehalt, Beschäftigungsmöglichkeiten);
- (c) Umfang der medizinischen Versorgung, die Sie in Anspruch genommen haben und wahrscheinlich zukünftig benötigen werden;
- (d) ob Ihre Verletzungen so schwer sind, dass Sie Hilfe/Pflege zu Hause und/oder Begleitung beim Transport benötigen.

Wenn Sie selbst teilweise für den Unfall verantwortlich waren, vermindert sich der Betrag, den Sie als Entschädigung erhalten, um den Grad Ihrer Mitschuld (z. B. 50% Mitschuld bedeutet einen Abzug von 50% bei der Entschädigung).

Erstverfahren bei der Stellung von Anträgen zur Obligatorischen Inanspruchnahme Dritter [= CTP-Ansprüche: Compulsory Third Party Claims]

Der Unfall muss innerhalb von 28 Tagen ab Unfalldatum der Polizei gemeldet werden. Geschieht dies nicht, kann das zum Scheitern des Anspruchs führen.

Ein ausgefülltes Antragsformular für Körperverletzungen ist innerhalb von 6 Monaten beim Grüne-Karte-Versicherer des Fahrzeugs einzureichen, das den Unfall verursacht hat (anderenfalls muss beim Versicherer eine umfassende und zufriedenstellende Erklärung für den Verzug abgegeben werden).

Es gibt verschiedene Grüne-Karte-Versicherer. Die Identität des relevanten Versicherungsunternehmens kann durch einen Anruf bei der Motor Accidents Authority von NSW unter 1300 656 919 geklärt werden. Dabei sind Angaben zum Fahrzeug mitzuteilen, das den Unfall verursacht hat, einschließlich Fahrzeugkennzeichen, Hersteller und Modell des Fahrzeugs, Datum des Unfalls und, falls bekannt, Name des Eigentümers.

Das Körperverletzungsantragsformular umfasst eine ärztliche Bescheinigung. Diese muss von einem Arzt ausgefüllt und dem Formular beigelegt werden, wenn Sie es an den Versicherer zurückschicken.

Ist die Identität des schuldigen Fahrzeugs nicht bekannt (z. B. Unfallflucht) oder besteht keine Grüne-Karte-Versicherung (d. h. das Fahrzeug ist nicht registriert), wird der Anspruch gegen den nominellen Beklagten geltend gemacht, per Adresse der Motor Accidents Authority von NSW, Level 22, 80 George Street, Sydney (Tel.: 1300 137131). Wird der Anspruch gegen den nominellen Beklagten geltend gemacht, weil die Identität des Fahrzeugs unbekannt ist, müssen Sie ausreichende Nachforschungen anstellen und versuchen, die Identität des Fahrzeugs aufzuklären, bevor Sie einen Anspruch geltend machen.

Was der Versicherer tun muss, nachdem er das Antragsformular erhalten hat

1. Innerhalb von 3 Monaten nach Eingang des Antragsformulars eine Entscheidung treffen, ob er die Haftung akzeptiert oder nicht. Der Versicherer kann die Haftung zulassen, sie insgesamt bestreiten oder die Haftung zulassen, aber behaupten, dass Sie zum Unfall beigetragen hätten (d. h. eine Mitschuld behaupten). Falls der Versicherer die Haftung bestreitet oder behauptet, Sie trügen eine Mitschuld, muss der Versicherer Gründe angeben, warum er zu dieser Annahme kommt.
2. Sobald eine Haftung akzeptiert wurde, insgesamt oder teilweise, muss der Versicherer Ihre laufenden angemessenen und notwendigen medizinischen Aufwendungen bezahlen, so wie sie anfallen. In schweren Fällen hat er für Pflege zu zahlen, die auf kommerzieller Grundlage geleistet wird, außerdem für häusliche und transporttechnische Veränderungen etc. Bitte beachten Sie, dass der Versicherer nicht Ihr entgangenes Gehalt/Einkommen zu zahlen braucht.

Was wir tun werden

Wenn wir für Sie tätig werden, werden wir:

1. Berichte und Unterlagen von Polizei, Krankentransport, Krankenhaus und Ärzten beschaffen;
2. Ihnen abgetippte Kopien Ihrer Aussage zusenden, die Sie bei unserem ersten Treffen gemacht haben;
3. ggf. für Sie vereinbaren, dass Sie von einem oder mehreren Fachärzten begutachtet werden, um Meinungen zur Schwere Ihrer Verletzungen, langfristigen Prognose und Aussichten, zu Ihrer Arbeitsfähigkeit, Ihrem Bedarf an weiterer medizinischer Versorgung oder Operationen, Ihrem Bedarf an häuslicher und/oder begleitender Versorgung etc. zu erhalten;
4. die Bezahlung der ärztlichen Berichte, Krankenhausunterlagen, Krankentransportunterlagen, Polizeiberichte und aller sonstigen Unterlagen übernehmen, die wir benötigen, um Ihren Fall vorzubereiten;
5. ggf. (bei großen Ansprüchen) Berichte von nicht-medizinischen Sachverständigen einholen (z. B. Architekten, Ergotherapeuten). Bestreitet der Versicherer eine Haftung, können wir einen Verkehrsingenieur beauftragen, der einen Bericht erstellt;

6. Ihnen umfassende schriftliche Mitteilungen über sämtliche Termine machen, die für Sie arrangiert wurden. Bitte beachten Sie, dass es in den meisten Fällen notwendig sein wird, zu den Terminen alle Ihre Röntgen-Bilder, MRT- und CT-Aufnahmen etc. mitzubringen;
7. den Ärzten, die Sie untersuchen, auf medizinrechtlicher Grundlage alle relevanten medizinischen Berichte, Unterlagen und Informationen zukommen lassen;
8. Ihre Situation überwachen und vereinbaren, dass wir uns von Zeit zu Zeit treffen, um aktualisierte Informationen zu erhalten und Ihre Ansprüche im Allgemeinen zu besprechen;
9. Beweise sammeln für den Nachweis von entgangenem Einkommen oder potenziellen Einnahmen sowie in geeigneten Fällen Beauftragung eines Rechnungsprüfers, um einen Bericht über Ihren wirtschaftlichen Verlust zu erstellen;
10. Sie über den Fortschritt Ihres Antrags auf dem Laufenden halten, indem wir Ihnen regelmäßig Bericht erstatten;
11. wird eine Haftung bestritten, werden wir den Ort des Verkehrsunfalls besichtigen, um uns ein eigenes Bild machen zu können;
12. zum richtigen Zeitpunkt, nachdem wir alle Beweismittel gesammelt, und wenn sich Ihre Verletzungen stabilisiert haben und wir die langfristige Prognose hinsichtlich Ihres medizinischen Zustandes und Ihrer Bedürfnisse kennen, werden wir eine Vergleichskonferenz mit dem Versicherungsunternehmen vereinbaren;
13. eine detaillierte Einschätzung des Schadensersatzes (Entschädigung) mit Ihnen besprechen, bevor wir diese Vergleichskonferenz vereinbaren;
14. versuchen, einen Vergleich für Ihren Anspruch auszuhandeln;
15. kann Ihr Fall nicht durch Vergleich beigelegt werden, gehen wir damit einen Schritt weiter; entweder zu einer Bewertung/Schätzung oder zum Gericht.

Was der Versicherer wahrscheinlich tun wird

Der Versicherer wird wahrscheinlich:

1. einen Ermittlungsbeamten ernennen, um eine Aussage von Ihnen aufzunehmen. Im Allgemeinen gestatten wir es Versicherern oder ihren Ermittlungsbeamten nicht, unsere Klienten zu befragen, insbesondere, wenn die Haftung (d. h. das Verschulden) in einem Fall ein Problem darstellt;
2. vereinbaren, dass Sie von seinen eigenen medizinrechtlichen Sachverständigen medizinisch untersucht werden;

3. wenn die Haftung zugelassen wurde, Ihre laufenden medizinischen Aufwendungen bezahlen, auch wenn Versicherer oftmals nicht so handeln, wie sie es eigentlich sollten;
4. eine Entscheidung bzgl. einer Haftung treffen (siehe oben);
5. sobald sich Ihre Verletzungen stabilisiert haben, zugestehen oder nicht zugestehen, dass Ihre Verletzungen eine mehr als 10%ige dauerhafte Beeinträchtigung Ihres gesamten Körpers bilden, was der notwendige Schwellenwert für eine Entschädigung in Form von Schmerzensgeld (d. h. nicht-wirtschaftliche Verluste) ist, und der Versicherer wird ein Vergleichsangebot machen.

Was Sie tun müssen

1. Alle medizinischen Termine, die für Sie vereinbart werden, einhalten, und mit den Ärzten kooperieren, die beauftragt wurden, Sie zu begutachten, unabhängig davon, ob die Ärzte von uns, vom Versicherer oder von der Motor Accidents Authority beauftragt wurden;
2. uns über Ihren medizinischen Zustand, Fortschritt, Ihre Beschäftigungssituation, Anschriftenänderungen bzw. Änderung von Umständen auf dem Laufenden halten. Sie brauchen uns nicht regelmäßig anzurufen. Machen Sie sich lieber Notizen über alle Veränderungen und bringen Sie diese zu unseren regelmäßigen Treffen oder vorangekündigten Telefonkonferenzen mit;
3. schicken Sie uns alle Abrechnungen, Quittungen, Rechnungen etc. hinsichtlich von medizinischen Auslagen, einschließlich Physiotherapieauslagen, in den zur Verfügung gestellten, bereits adressierten und frankierten Umschlägen zu, so dass wir beim Versicherer eine Erstattung aller von Ihnen geleisteten Zahlungen beantragen können, und damit wir eine Auflistung Ihres Falls hinsichtlich medizinischer Aufwendungen erstellen können, die wir zu gegebener Zeit der Versicherung und/oder dem Sachverständigen für Bewertungen/Gericht vorlegen können;
4. verhalten Sie sich normal; wenn Sie z. B. Ihre Arbeit wieder aufnehmen können, tun Sie es, vorausgesetzt, Ihr Arzt bescheinigt Ihnen Arbeitsfähigkeit;
5. wenn Sie Einkommensverluste oder potenzielle Verdienstauffälle geltend machen, senden Sie uns Kopien Ihrer Steuererklärungen für die letzten 3 Jahre vor dem Unfall zu, sowie Kopien von Arbeitszeugnissen oder sonstiges Material, das uns dabei hilft, Ihre Einnahmen und potenziellen Einnahmemöglichkeiten vor dem Unfall nachzuweisen.

Denken Sie daran, dass die Beweislast bei Ihnen (bei uns) liegt, um mit hinreichender Wahrscheinlichkeit jeden Aspekt Ihrer Forderung nachzuweisen. Das Versicherungsunternehmen muss gar nichts beweisen, außer in dem Umfang, in dem Sie eventuell für den Unfall mitverantwortlich sind.

Was für eine Entschädigung erhalten Sie?

1. Nicht-wirtschaftliche Verluste

Das ist eine Entschädigung für erlittene Schmerzen, Einbuße an Lebensfreude, Verlust von Lebensqualität etc.

Sie erhalten eine Entschädigung für nicht-wirtschaftliche Verluste nur, wenn das Versicherungsunternehmen zustimmt oder wenn Ihre Verletzungen formell von einem gesondert ernannten Arzt/Ärzten begutachtet wurden und festgestellt wurde, dass sie eine dauerhafte Beeinträchtigung von mehr als 10% bilden (whole person impairment = WPI). Die Einschätzung des WPI erfolgt gemäß besonderen Richtlinien, die von der Motor Accidents Authority entwickelt wurden.

Sobald der Versicherer zugestimmt hat oder wenn bzgl. Ihrer Verletzungen ein WPI von mehr als 10% Schwellenwert festgestellt wurde, sind dauerhafte Beeinträchtigungen fast irrelevant. An ihrer Stelle werden jetzt Behinderungen, Einschränkungen, Schmerzen, Änderungen des Lebensstils etc. berücksichtigt.

2. Vergangene und zukünftige medizinische Aufwendungen

Das sind die medizinischen Aufwendungen, die Ihnen ab dem Datum des Unfalls aufgrund Ihrer Verletzungen entstanden sind und so lange entstehen, wie Sie zukünftig medizinischer Behandlung bedürfen.

3. Einkommensausfall

Wenn Sie zum Zeitpunkt des Unfalls gearbeitet haben oder potenziell dazu in der Lage waren, Einkommen zu erzielen, und Ihre Verletzungen Sie davon abhalten zu arbeiten oder Ihr Potenzial umzusetzen, haben Sie Anspruch auf Ersatz von Einkommensausfall, z. B. Gehalt.

Der Anspruch umfasst Einkommensausfall bzw. die Möglichkeit, Einkommen zu erzielen, ab dem Datum des Unfalls und für so lange, wie Ihre Verletzungen Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen.

4. Pflege

Sind Ihre Verletzungen so schwerwiegend, dass Sie Pflege und Unterstützung durch Familie/Freunde etc. auf freiwilliger Basis benötigen, dann haben Sie Anspruch auf Entschädigung für diese Pflege, vorausgesetzt, diese Pflege wird für mindestens 6 Monate und mindestens 6 Stunden pro Woche geleistet. Ob Sie auch zukünftig noch Pflege benötigen, hängt von der Meinung der Ärzte ab, die Sie zu gegebener Zeit untersuchen werden. In den meisten Fällen werden Ansprüche wegen zukünftiger Pflege auf Grundlage dessen geltend gemacht, dass diese Pflege von einem kommerziellen/professionellen Pflegeanbieter übernommen wird.

5. Häusliche und transporttechnische Veränderungen

In ganz schweren Fällen, wenn die Verletzungen die Fortbewegung beeinträchtigen, werden Ansprüche wegen gestiegener Kosten der häuslichen Lebensführung und des Transports geltend gemacht.

Wie wird Entschädigung gezahlt?

Entschädigung wird in einer einmaligen Pauschalsumme ausgezahlt, die steuerfrei ist.

Wie lange wird Ihr Fall dauern?

Das hängt von der Schwere der Verletzungen und der Art des Anspruchs ab. Ihre Forderung wird nicht abgeschlossen, bis sich nicht Ihre Verletzungen stabilisiert haben und eine langfristige Prognose möglich ist. Die meisten Fälle dauern weniger als 2 Jahre.

Wenn sich Ihre Verletzungen angemessen schnell stabilisieren und eine langfristige Prognose gestellt werden kann, kann Ihre Forderung auch schneller abgewickelt werden.

Muss die Sache vor Gericht gehen?

Wahrscheinlich nicht. Mehr als 85% der Fälle werden ohne Gerichte beigelegt. Die meisten Ansprüche werden sogar geregelt, ohne dass ein Gerichtsverfahren überhaupt eingeleitet worden ist.

Wurde eine Haftung vom Versicherer zugelassen, ist es wahrscheinlich, dass Ihre Forderung, wenn schon nicht beigelegt, dann aber von einem Sachverständigen für Bewertungen bewertet wird, der von der Motor Accidents Authority ernannt wurde.

Welche Fristen gelten?

Dem Grüne-Karte-Versicherer des unfallverursachenden Fahrzeugs muss innerhalb von 6 Monaten ab dem Unfalldatum Mitteilung darüber gemacht werden. Der Unfall muss der Polizei innerhalb von 28 Tagen gemeldet werden.

Gerichtsverfahren sind innerhalb von 3 Jahren ab Unfalldatum einzuleiten. Es gibt jedoch Ausnahmen und Möglichkeiten einer Fristverlängerung. Allgemein gesagt ist es jedoch so, dass, sofern nicht innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalldatum ein Gerichtsverfahren eingeleitet worden ist, Sie beim District Court eine Erlaubnis (d. h. die Genehmigung) einholen müssen, um ein Gerichtsverfahren einzuleiten.

Gerichtsverfahren können nicht eingeleitet werden, wenn nicht die Motor Accidents Authority eine gesonderte Bescheinigung ausstellt.

Wer bezahlt die Rechtskosten?

Ist Ihre Forderung erfolgreich, zahlt die Versicherung den Großteil der Rechtskosten. Sie bezahlen die Differenz zwischen dem, was die Versicherung zahlen muss, und den tatsächlichen Kosten. Eine Faustregel besagt, dass sich diese Differenz auf etwa ein Drittel beläuft.

Wir werden alle Auslagen (z. B. Honorare für medizinische Berichte) bezahlen und bei Abschluss des Falles erhalten wir Rückerstattungen.

In dem unwahrscheinlichen Fall, dass Ihr Fall verloren wird, berechnen wir kein Honorar oder verlangen Rückerstattung unserer Auslagen. Das Versicherungsunternehmen allerdings kann Erstattung seiner Kosten von Ihnen verlangen.

Stellen wir einen Prozentsatz des Ergebnisses in Rechnung?

Nein. Das ist ungesetzlich.

Wir werden für die Arbeit bezahlt, die wir erledigen. Das Gesetz schreibt vor, dass wir mit Ihnen eine Honorarvereinbarung schließen, sobald Sie uns beauftragt haben, für Sie tätig zu werden.

Wie oft hören Sie von uns?

Wir schreiben Ihnen und sehen uns von Zeit zu Zeit.

Es gibt vielfältige Möglichkeiten für uns, Ihren Fall mit Ihnen zu besprechen, um Aktualisierungen zu bekommen und um das Verfahren, Fortschritte und ein wahrscheinliches Ergebnis zu erläutern, während die Angelegenheit voranschreitet.

VERSCHULDENSUNABHÄNGIGE ZUWENDUNG BIS ZU \$ 5.000,-

Allen Personen, die im Ergebnis eines Verkehrsunfalls mit Kraftfahrzeugen verletzt worden sind, steht nunmehr eine Entschädigung von bis zu \$ 5.000,- für medizinische Auslagen und Einkommensverluste zu – auf verschuldensunabhängiger Grundlage. Das bedeutet, dass selbst wenn Sie der schuldige Fahrer waren, Sie trotzdem bis zu \$ 5.000,- Entschädigung für die genannten Punkte verlangen können.

Um Zugang zu dieser verschuldensunabhängigen Zuwendung zu erhalten, muss innerhalb von 28 Tagen ab Unfalldatum ein Unfallmitteilungsformular (ANF = Accident Notification Form) eingereicht werden. Das ANF ist bei einem der CTP-Versicherer der Fahrzeuge einzureichen, die am Unfall beteiligt waren.

Es ist trotzdem nötig, dem oben aufgeführten Anspruchsverfahren zu folgen, wenn Sie eine Forderung über mehr als \$ 5.000,- Entschädigung geltend machen.

SCHULDLOSE ENTSCHÄDIGUNG

Kindern unter 16 Jahren, die bei Verkehrsunfällen verletzt werden, stehen besondere Ansprüche zur Entschädigung zu, unabhängig davon, ob sie nachweisen können, dass jemand anderer für den Unfall verantwortlich war. In den meisten Fällen steht Kindern auf verschuldensunabhängiger Grundlage Entschädigung für ihre medizinischen Auslagen und Rehabilitationskosten sowie Pflegeaufwendungen zu.

Es ist aber trotzdem notwendig, nachzuweisen, dass der Fahrer des Kraftfahrzeugs schuldhaft gehandelt hat, um in der Lage zu sein, Entschädigung für andere Dinge geltend zu machen, wie z. B. Schmerzensgeld und Einkommensverluste.

Unter bestimmten Umständen ist es auch für Erwachsene möglich, Entschädigung für einen Unfall zu erhalten, selbst wenn es ein verschuldensunabhängiger oder schuldloser Unfall war.

Solche verschuldensunabhängigen Fälle folgen ebenfalls dem oben beschriebenen Verfahren, einschließlich Einreichung eines Körperverletzungsantragsformulars innerhalb von 6 Monaten ab Unfalldatum sowie Einleitung von Gerichtsverfahren innerhalb von 3 Jahren ab Unfalldatum.

VERSORGUNGSPLAN LEBENSLANGE PFLEGE UND UNTERSTÜTZUNG

Wurden Sie nach dem 1. Oktober 2007 bei einem Unfall verletzt und sind die beim Unfall erlittenen Verletzungen sehr schwer, dann können Sie Teilnehmer am Versorgungsplan Lebenslange Pflege und Unterstützung (LTCS = Lifetime Care and Support) werden. Der LTCS arbeitet auf verschuldensunabhängiger Grundlage, was bedeutet, dass Sie Anspruch auf Zuwendungen gemäß diesem Versorgungsplan haben, selbst wenn Sie nicht nachweisen können, dass jemand anderer für den Unfall verantwortlich war.

Die folgenden Verletzungen können Sie, in Abhängigkeit von der Schwere der Verletzung, für die Teilnahme am LTCS qualifizieren:

- Hirnschädigung
- Verletzung der Wirbelsäule
- Mehrfachamputationen
- schwere Verbrennungen
- Blindheit

Es gibt keine Frist für die Teilnahme am LTCS-Versorgungsplan, obwohl üblicherweise in Frage kommende Betroffene recht schnell dafür zugelassen werden, oftmals noch während ihres Krankenhausaufenthalts.

Wenn Sie Teilnehmer am LTCS werden, bezahlt die LTCS-Behörde Ihre sämtlichen Behandlungs- und Pflegeaufwendungen, so lange, wie Sie Teilnehmer des Versorgungsplans sind. Ihre Eignung für den Versorgungsplan kann innerhalb von 2 Jahren ab Unfalldatum überprüft werden. Zu diesem Zeitpunkt können Sie aus dem Versorgungsplan entlassen werden, wenn Sie gute Fortschritte bei der Genesung gemacht haben. Alternativ können Sie als lebenslanger Teilnehmer zugelassen werden.

Werden Sie aus dem Versorgungsplan entlassen, dann stehen Ihnen als Bestandteil Ihrer CTP-Forderung Entschädigungsansprüche hinsichtlich Ihres Behandlungs- und Pflegebedarfs zu (sofern Sie nachweisen können, dass ein anderes Fahrzeug für den Unfall verantwortlich war). Wenn Sie als lebenslanger Teilnehmer zum LTCS-Versorgungsplan zugelassen wurden, bezahlt die LTCS-Behörde weiterhin für Ihren Behandlungs- und Pflegebedarf für den Rest Ihres Lebens, und Sie können dann keine Forderungen mit Ihrem CTP-Anspruch mehr geltend machen.