



Unfall-Schaden-Anzeige

Schaden-Nr.		Versicherungsschein-Nr.	Vermittler-Nr.
-------------	--	-------------------------	----------------

Hinweis an den Antragsteller:	Die genaue und vollständige Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalles und die Beurteilung unserer Leistungspflicht wichtig. Durch bewusst falsche oder lückenhafte Angaben geht der Versicherungsschutz verloren. Wenn der vorgesehene Platz nicht ausreicht, fügen Sie ein Beiblatt an.
--------------------------------------	---

Name und Vorname des Versicherungsnehmers	Name und Vorname des Zahlungsempfängers
Straße, Hausnummer	Bank, Sparkasse
Postleitzahl, Wohnort	Bankleitzahl, Kontonummer

Name und Vorname der verletzten Person	Telefonnummer	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum des Verletzten	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Postleitzahl, Wohnort	Ausgeübter Beruf des Verletzten	Name des Arbeitgebers, Ort?

Wann ereignete sich der Unfall? (Datum und Uhrzeit)	Wo ereignete sich der Unfall?
---	-------------------------------

Wie war der genaue Hergang des Unfalles?

Wenn dieser Platz nicht ausreicht, bitte Schilderung auf Beiblatt fortsetzen!

Waren bei dem Unfall Zeugen zugegen? Bitte gegebenenfalls Namen und Anschrift angeben!

Nahm der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich? Art? Menge? Zeit?	Wurde eine Blutprobe genommen? Wenn ja, welchen Promillewert hatte sie?
---	--

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Tagebuchnummer?	Welche Staatsanwaltschaft befasst sich mit dem Unfall? Aktenzeichen? Ort?
---	--

Welche **Verletzungen** erlitt der Versicherte? (Verletzungsart und betroffene Körperstellen bitte genau angeben!)

Wann und durch wen erfolgte die erste ärztliche Behandlung? (Datum, Name, Anschrift)			
Von welchen Ärzten wurde der Verletzte seit Eintritt des Unfalles behandelt? (Name und Anschrift)		vom	bis
In welchen Krankenhäusern wurde der Verletzte seit Eintritt des Unfalles behandelt? (Anschrift)		stationär	vom
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bis
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

War der Verletzte bei Eintritt des Unfalles völlig gesund? Wenn nein, welche Krankheiten bestanden? Seit wann? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein:
War der Verletzte vor dem Unfall schon am Gebrauch seiner Glieder oder Sinnesorgane gehindert? Welcher Art war die Behinderung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatte der Verletzte im Bereich der jetzigen Unfallverletzung schon einmal eine Erkrankung oder Verletzung? Wann? Welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatte der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? Zeitpunkte der Unfälle? Art der Verletzungen? Dauerfolgen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht oder bestand bei dem Verletzten ein Anfallsleiden, z.Bsp. Epilepsie? Welches? Seit wann? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Von welchen Ärzten wurde der Verletzte in den letzten drei Jahren vor dem Unfall behandelt und weswegen? (Name, Anschrift, Zeitraum, Art der Krankheit) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle oder sonstiger Invalidität (z. Bsp. Arbeitsunfähigkeit, Kriegsverletzung) eine Rente, seit wann, von wem, weswegen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Sind Sie noch woanders gegen Unfälle abgesichert? (Name der Gesellschaften, Versicherungsschein-Nummer und -Summen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name und Versicherungsnummer der Krankenversicherung
Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? (Name und Anschrift, Aktenzeichen)

Ich erkläre hiermit, dass die Angaben von mir wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden. Es ist mir bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches führen, auch wenn dem Versicherer durch die Angaben kein Nachteil entsteht.

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich in Verbindung mit der beantragten Versicherungsleistung ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und andere Versicherer zur Beurteilung der Ansprüche übermittelt.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. Bsp. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlasste Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherungen, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten - Verletzten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers