# UNFALL-SCHADENANZEIGE

Ihre interne Schadennummer (sofern vorhanden):

Versicherungsscheinnummer:

## VERSICHERUNGSNEHMER

Name/Firmierung:

Straße/Nr. bzw. Postfach:

PLZ/Ort:

E-Mail: Telefon:

## ANGABEN ZUR VERLETZTEN PERSON, FÜR DIE VERSICHERUNGSSCHUTZ BEANSPRUCHT WIRD

Name, Vorname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Bankverbindung für eventuelle Entschädigung

Name Kreditinstitut:

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ I _ _ _ IBAN: _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _

Berufstätigkeit:

Anschrift Arbeitgeber

Name/Firmierung:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Krankenversicherung besteht bei

Name/Firmierung:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Versicherungsschein-Nr. bzw. Mitgliedsnummer:

Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen? ○ Ja ○ Nein
(ggf. über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaft etc.)

Wenn ja, Anschrift /Versicherungsschein-Nr./Bearbeitungs-Nr.

# UNFALL-SCHADENANZEIGE

## ANGABEN ZUM UNFALL

Unfalldatum: | Uhrzeit:

Unfallort:

Nähere Beschreibung des Unfallortes:
(z. B. Büro, Werkstatt, etc.)

Unfallhergang

Unfallursache
(aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf. bitte auf gesondertem Blatt fortführen)

Arbeitsunfall: ○ Ja ○ Nein

Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte? ○ Ja ○ Nein

Wird/wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet: ○ Ja ○ Nein

Behördliche Unfallaufnahme? (z. B. Polizei, Gewerbeaufsicht): ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, bitte Anschrift/Aktenzeichen/Telefon-Nr.:

Augenzeugen des Unfalls (bitte möglichst mit vollständiger Anschrift):

Alkoholgenuss oder Einnahme von Drogen oder Medikamenten 12 Stunden vor dem Unfall? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, (Art und Menge):

Blutprobeentnahme? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, Ergebnis: Promille

## FRAGEN ZU DEN UNFALLFOLGEN UND ZUR UNFALLBEHANDLUNG

Verletzter Körperteil und Art der Verletzung:

Erfolgte eine stationäre Unfallbehandlung? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, vom bis

Erstmalige Unfallbehandlung (Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses:

Behandlungsbeginn: | Behandlungsende:

Weitere Unfallbehandlungen (Name und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser

Behandlungsbeginn: | Behandlungsende:

# UNFALL-SCHADENANZEIGE

Weitere Unfallbehandlungen (Name und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser

Behandlungsbeginn: | Behandlungsende:

Weitere Unfallbehandlungen (Name und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser

Behandlungsbeginn: | Behandlungsende:

## FRAGEN ZU VORERKRANKUNGEN UND VORUNFÄLLEN DER VERLETZTEN PERSON

Lagen zur Zeit des Unfalles Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor: ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, folgende:

Resultiert daraus eine Invalidität, Rente, Pflegestufe oder Arbeitsunfähigkeit? ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, ggf. Grad der Behinderung %

○ Pflegestufe seit (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Von welchen Ärzten ist die verletzte Person in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall behandelt worden?

Frühere Unfälle der verletzten Person: ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, (bitte Unfalldatum und betroffene Körperteile sowie die Art der Verletzung angeben)

## FRAGEN BEI UNFÄLLEN MIT KRAFTFAHRZEUGEN

○ PKW | ○ LKW | ○ Motorrad/-roller

○ Moped | ○ Mofa | ○ Sonstiges

Amtliches Kennzeichen:

Fahrer:

Führerscheinklasse:

Fahrerlaubnis entzogen? ○ Ja ○ Nein

War die verletzte Person ordnungsgemäß angegurtet? ○ Ja ○ Nein

Fahrzeughalter:

Wie viele Insassen hatte das Unfallfahrzeug?

Namen und Anschriften aller Insassen

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Mit ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

☐ Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen auch über meinen Tod hinaus.

☐ Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen

**Ich erkläre hiermit, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe.**

Ort, Datum:

Unterschrift Versicherungsnehmer:

Unterschrift versicherte Person: