

Unfall-Schaden-Anzeige

U
Versicherungsschein-/Schadennummer
Geschäftsstelle/Vermittler

1. Versicherungsnehmer:	
Name:	Telefon privat:
Straße:	Telefon dienstl.:
PLZ/Ort:	eMail:
2. Schadentag	am: _____ um: _____
3. Schadenort (genaue Ortsbeschreibung, z. B.: vor welchem Haus, wo auf dem Gehsteig/der Fahrbahn, in welcher Wohnung/Gaststätte/Betrieb)	PLZ _____ Ort _____
4. Angaben zur verletzten Person:	
1. Name, Vorname	_____
2. Anschrift, Telefonnummer	_____
3. Geburtsdatum	_____
4. Welche Berufstätigkeit übte die verletzte Person aus? Seit wann wird diese Tätigkeit ausgeübt?	_____
5. Wie hat sich der Unfall ereignet? (Ausführliche Schilderung des Unfallherganges.)	

6. Welcher Art war der Unfall?	
<input type="checkbox"/> 1 = Berufsunfälle – oder bei Kindern Unfälle in der Schule sowie bei schulischen Veranstaltungen – ohne Wegeunfälle (nicht Unfälle von Hausfrauen, die keinen anderen Beruf ausüben).	
<input type="checkbox"/> 3 = Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte, bei Kindern auf dem Weg zur und von der Schule/zu und von schulischen Veranstaltungen.	
<input type="checkbox"/> 4 = Unfälle bei der Tätigkeit für den Haushalt, auch bei Einkäufen.	
<input type="checkbox"/> 9 = sonstige Unfälle (= Unfälle, die weder zum Beruf oder zum Schulbesuch noch zur Tätigkeit für den Haushalt in Beziehung stehen).	
7. Welche Personen waren Zeugen des Herganges? Wenn keiner zugegen war, wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen?	Name, Anschrift, Telefonnummer: _____ _____ _____
8. Wurde der Unfall polizeilich oder von einer anderen Dienststelle (Berufsgenossenschaft etc.) aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja Anschrift der Dienststelle: Tagebuch-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> nein
9. Handelt es sich um einen Unfall mit Kfz? War die verletzte Person Lenker oder Mitfahrer?	<input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen des Kfz: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer
10. Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss? Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis: _____ ‰; <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von wem?

11. Art der Verletzung? 1. Welcher Körperteil wurde verletzt? 2. Welche Verletzung wurde festgestellt? 3. Beginn der Behandlung: 4. Besteht Arbeitsunfähigkeit? 5. Dauer der Arbeitsunfähigkeit: 6. Welche Folgen sind bereits eingetreten? 7. Welche Folgen sind noch zu befürchten?	 <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> nein von: _____ bis: _____
12. 1. Welche(r) Arzt/Ärzte wurde(n) hinzugezogen? 2. Weiterbehandelnde Ärzte? 3. Wurde der/die Verletzte in ein Krankenhaus eingeliefert? 4. Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung? 5. War der/die Verletzte vollständig gesund oder woran litt er/sie? 6. Wurde der/die Verletzte bereits früher von Unfällen betroffen?	genaue Anschrift(en): <input type="checkbox"/> ja, wo _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Vorerkrankungen und behandelnden Arzt angeben/ ggf. Zusatzblatt beifügen) <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wem wurde der Unfall gemeldet? _____
7. Welche Ärzte sind in den letzten zwei Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen worden?	genaue Anschrift(en):
13. Bestehen oder bestanden noch bei anderen Gesellschaften Unfallversicherungen/Unfallzusatzversicherungen?	<input type="checkbox"/> ja, bei VS-Nr. _____ <input type="checkbox"/> nein
14. Überweisung der Versicherungsleistung soll erfolgen auf:	Konto-Nr.: _____ BLZ: _____ Institut: _____ Konto-Inhaber: _____

Für die Anmeldung von Invaliditätsansprüchen beachten Sie bitte folgendes:

- die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und
- innerhalb von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und schriftlich geltend gemacht werden.

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) sind Sie verpflichtet, uns ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten (Obliegenheit des Versicherungsnehmers). Diese Auskunfts- und Aufklärungspflicht beinhaltet auch die richtige Beantwortung der Fragen.

Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit, d.h. wenn Sie Ihre Sorgfaltspflicht in besonders schwerem Maße verletzt haben, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben oder die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich war, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

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. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten 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 von Kranken- oder Lebensversicherern, 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.

_____, den _____

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte abtrennen und vom Arzt/Krankenhaus bestätigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagegeld versichert ist.

Vom Verletzten auszufüllen	Versicherungsschein-Nr.: _____
	Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder Krankenhausaufenthalt Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____ Straße: _____ Nr. _____ PLZ: _____ Ort: _____
Vom Arzt/ Krankenhaus auszufüllen	war wegen der Folgen des Unfalles vom _____
	Diagnose: _____
	– in stationärer Behandlung vom _____ bis _____
	– arbeitsunfähig vom _____ bis _____ zu % _____ vom _____ bis _____ zu % _____ vom _____ bis _____ zu % _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift