

**UNFALL-Schadenanzeige zur Schaden-Nr.:**

- wird noch vergeben -

Bitte beantworten Sie jede einzelne Frage präzise.

Striche gelten als Verneinung.

Sofern der Raum für die Beantwortung einzelner Fragen nicht ausreicht,  
verwenden Sie bitten ein zusätzliches Blatt

## Versicherungsnehmer

<b>Versicherungsschein-Nr.:</b>			
Name:		Straße:	
Vorname:		PLZ, Wohnort:	

## Angaben zur verletzten Person

Name:		Straße:	
Vorname:		PLZ, Wohnort:	
geboren am:		Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
Telefon privat:		Telefon geschäftlich:	
Beruf/ Tätigkeit:		Name / Anschrift des Arbeitgebers:	
Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft:			
Versicherungs- / Mitglieder-Nr.:			
Die verletzte Person ist krankenversichert		<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	
Name und Anschrift des Krankenversicherers:			
Versicherungs- / Mitglieder-Nr.:			

## Bankverbindung

**Entschädigungsleistungen bitte auf das nachfolgende Konto von \_\_\_\_\_ überweisen:**

Kontonummer	
Bankleitzahl	
Bank / Sparkasse / Postgiroamt	

# 1. Unfallhergang

Unfalltag:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit:	Std.	Min.
Unfallort:						
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Während einer Dienstreise?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall?						
Wodurch ist der Unfall verursacht worden? <b>(bitte <u>detaillierte Schilderung</u> des Unfallherganges, um Nachfragen unsererseits zu vermeiden)</b>						

## Zeugen des Unfalles:

Name, Vorname:		
Straße:		
PLZ, Wohnort:		

# 2. Alkohol/Drogen/Medikamente

Wurden innerhalb von 36 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke getrunken, Medikamente eingenommen oder Drogen konsumiert? Wenn ja, geben Sie bitte Art und Menge an: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Promillesatz:	_____ ‰

# 3. Verkehrsunfall

Welche Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt? Wer ist Halter des Verkehrsmittels? Geben Sie ggf. Ihr Kennzeichen an: War die verletzte Person:	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> andere Verkehrsmittel _____ <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse <input type="checkbox"/> Soziusfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> sonstige: _____
Welchen gültigen Führerschein hat der Fahrer?	
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?	
Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.:	
Wurde gegen Sie ein verwaltungs- oder strafrechtliches Verfahren eingeleitet? (Geben Sie ggf. die ermittelnde Behörde und deren Aktenzeichen an.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behörde: _____ Aktenzeichen: _____
Geben Sie uns bitte das Kennzeichen des Fahrzeuges Ihres Unfallgegners sowie dessen Name und Anschrift an.	

## 4. Gesundheitsschädigung

<b>Verletzte(r) Körperteil(e):</b>
<b>Art der Verletzung(en):</b>

## 5. Arzt oder Krankenhausbehandlung

<b>Erste ärztliche Hilfe:</b>	Tag	Mon.	Jahr	Uhrzeit	Ort der Behandlung
Krankenhaus / behandelnder Arzt:					
Straße:					
PLZ, Wohnort:					
<b>Weiterbehandlung/Überweisung:</b>	Tag	Mon.	Jahr		
Name:					
Straße:					
PLZ, Wohnort:					
<b>Stationäre Behandlung:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>von:</b>				<b>bis:</b>

## 6. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig seit:	Tag	Mon.	Jahr
voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit bis:	Tag	Mon.	Jahr
Arbeitsfähig ab:	Tag	Mon.	Jahr

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine <u>dauernde</u> Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unfallbedingt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 <input type="checkbox"/>		
Seit wann besteht diese?		

## 7. Vorerkrankungen und Unfälle

Hat die verletzte Person wegen <b>anderer Erkrankungen</b> oder früheren Verletzungen in den letzten 5 Jahren vor dem Unfallereignis einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

bitte ankreuzen	Wann?	Art der Verletzung / Krankheit :
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit		
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit		
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit		
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit		

## 8. Renten / Invalidität

Erhält die verletzte Person eine der nachfolgend genannten Renten bzw. ist eine dieser Renten beantragt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erhielt die verletzte Person bereits eine Invaliditätsentschädigung bzw. ist eine Invaliditätsentschädigung beantragt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	seit	Art / Umfang der Verletzung
Kriegsbeschädigten- / Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitrente:			
Invaliditätsrente:			
Invaliditätsentschädigung:			

## 9. Andere Versicherungen

<b>Bestehen z. Z. weitere Unfallsicherungsverträge und / oder Kfz-Schutzbriefe?</b> - bitte auch Insassenunfallversicherungen angeben -	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Name u. Anschrift der Gesellschaft:	Versicherungsscheinnummer:
1.	
2.	
3.	

Bestanden vorher bereits Unfallsicherungsverträge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Name u. Anschrift der Gesellschaft:	Versicherungsscheinnummer:
1.	
2.	
3.	

## 10. Schweigepflichtbefreiung -> Bitte eine der Varianten auswählen

Mir 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 den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mittelungen 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. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – einschließlich von Sozialversicherungsträgern; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.
- Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von der 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. Für die entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene **Kostenbeteiligung in Höhe von 25,- Euro je Fall / Anfrage verlangen**.

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

## 11. Erklärung

**Ich erkläre, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.**

**Ich weiß, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz und zu erheblichen Regressforderungen führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.**

**Für die Richtigkeit dieser Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein Dritter (z.B. Ehepartner, Vermittler) die Schadenanzeige ausgefüllt hat.**

## 12. Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person / gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

## 13. Erklärung des Vermittlers

Ich habe die/den VN ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Versicherungsschutz durch bewusst unwahre oder unvollständige Angaben verloren geht, auch wenn dem Versicherer hierdurch keine Nachteile entstehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers (Bestätigung über diese Aufklärung)