

Unfall-Schadenanzeige

Schadenmelder

Versicherungsnehmer (VN) = verletzte Person

Versicherungs-Nr. _____ Schaden-Nr.: (sofern bekannt) _____ Gesellschaft: _____

Versicherungsnehmer Vorname _____ Name _____ m w d

Hausanschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____

LKZ _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon geschäftlich privat _____ Fax geschäftlich privat _____

E-Mail (alternativ Postfach-Adresse) _____ Geburtsdatum _____

Schadendaten

Schadenzeitpunkt Datum _____ Uhrzeit _____ **Augenzeugen** nein ja, siehe Schadenbeteiligte ___/___/___/

Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung Datum _____ Uhrzeit _____

durch VN Ehefrau Sonstige/r _____ mündlich schriftlich bei: Vermittler _____

Schadenort Straße _____ Haus-Nr. _____

LKZ _____ PLZ _____ Ort _____

Polizeiliche Aufnahme

nein unklar ja, _____ Dienststelle _____ Aktenzeichen / Tagebuch-Nr. _____

Angaben zu den Schadenbeteiligten sowie weiteren relevanten Personen/Anschriften

1. Verletzte versicherte Person

Titel _____ Vorname _____ Name _____ m w d

Hausanschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____

LKZ _____ PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____

Telefon (tagsüber) _____ Fax _____ E-Mail _____

2. Beteiligte/r Augenzeuge Arzt (Erstbehandlung) Arzt (Weiterbehandlung) Krankenhaus _____

Titel _____ Vorname _____ Name _____ m w d

Hausanschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____

LKZ _____ PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____

Telefon (tagsüber) _____ Fax _____ E-Mail _____

3. Beteiligte/r Augenzeuge Arzt (Erstbehandlung) Arzt (Weiterbehandlung) Krankenhaus _____

Titel _____ Vorname _____ Name _____ m w d

Hausanschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____

LKZ _____ PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____

Telefon (tagsüber) _____ Fax _____ E-Mail _____

Weitere Schadenbeteiligte nein Ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen)

Unfall-Schadenanzeige

Weitere Angaben zur verletzten Person

Geburtsdatum _____ / Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Betriebsart _____

Unfall auf eine **vorher eingetretenen Bewusstseinsstörung** zurückzuführen?
(z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall oder aufgrund Alkohol-/Medikamenteneinfluss) nein ja, und zwar _____

Alkohol-/Medikamenten-/Rauschmitteleinnahme innerhalb der letzten
zwölf Stunden vor dem Unfall? (Wenn ja, Art und Menge angeben) nein ja, und zwar _____

Unfall als Lenker eines Fahrzeugs

Wenn ja, Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben nein ja, und zwar _____

Wenn ja, Führerschein gültig (Führerscheinklasse/Fahrzeugart angeben) nein ja, und zwar _____

Blutalkoholprobe

nein ja, Ergebnis ‰ _____

Besteht oder bestand eine **Grunderkrankung** oder war ein Gebrechen
bekannt? nein ja, und zwar _____

(z.B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose, künstliche Gelenke)

Wenn ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes angeben siehe Schadenbeteiligter Nr. _____

Wurde das jetzt betroffene Körperteil bereits früher behandelt, bzw. bestanden Beschwerden
(z.B. Operation, Physiotherapie, Schmerzen, Medikamente)? nein ja, und zwar _____

Erwerbsunfähigkeits-/Unfallrente

(Wenn ja, Grund und % der Erwerbsminderung) nein ja, und zwar _____

Frühere Unfälle (Wenn ja, Verletzungsart und Zeitpunkt angeben) nein ja, und zwar _____

Wurden dafür **Invaliditätsleistungen** gewährt? nein ja, und zwar _____

(Wenn ja, wann und von welcher Stelle sowie Aktenzeichen angeben)

Abtransport mit Rettungshubschrauber

nein ja

Transport in Spezialklinik

nein ja, siehe Schadenbeteiligter Nr. _____

Arbeitsunfähigkeit

nein ja, voraussichtliche Dauer in Wochen _____

Ambulante Behandlung

nein ja, voraussichtliche Dauer in Wochen _____

Stationäre Behandlung

nein ja, voraussichtliche Dauer in Wochen _____

Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt (ausgefüllt und unterschrieben) folgt liegt bei

Angaben zum Unfallhergang und -ausmaß

Kurze, möglichst **eindeutige Schilderung** zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht:
Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.

Gesondertes Blatt nein ja

Skizze nein ja

Was wird als Unfallursache angenommen? _____

Welche Verletzung ist bei diesem Ereignis entstanden? _____

Unfall-Schadenanzeige

Angaben zu weiteren Unfallversicherungen

Wurde der Unfall einem **gesetzlichen Unfallversicherungsträger** gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft) nein ja

Name und Anschrift _____

Versicherungsnummer _____

Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen?
(z.B. auch über Arbeitgeber, Kreditkarte oder Sportverein) nein ja

Gesellschaft _____ Versicherungsnummer _____ Versicherungsbeginn _____

Angaben zur Krankenversicherung

Die verletzte Person ist krankenversichert gesetzlich privat gesetzlich, mit privater Zusatzversicherung bei _____

Sonstige Angaben

Konto für die Schadenzahlung

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber (falls abweichend) _____ Geldinstitut _____

Erklärung und wichtige Hinweise

Verantwortlichkeit

Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.

Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben oder die Nichtvorlage angeforderter schadens-/leistungsrelevanter Unterlagen zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben; bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben oder grob fahrlässig unterbliebener Vorlage der Unterlagen kann insoweit die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens gekürzt werden. Dies ist nicht der Fall, wenn ich nachweisen kann, dass ich nicht grob fahrlässig gehandelt habe.

Unfall-Schadenanzeige

Schweigepflichtentbindung

Zur Beurteilung der Leistungspflicht des jeweiligen Versicherers kann es erforderlich sein, dass die Angaben geprüft werden, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Bitte kreuzen Sie eine der beiden folgenden Varianten an.

Generelle Entbindung

Zu diesem Zweck **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Mitarbeiter des Versicherers selbst **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Entbindung im Einzelfall

Die vorstehende Erklärung **möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche**, dass mich der Versicherer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung bei der Leistungsregulierung, zu Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Ort, Datum

✘

Unterschrift der versicherten Person
(Bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum

✘

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

✘

Unterschrift des Vermittlers

Zum Ausfüllen und Versenden des Formulars per E-Mail müssen Sie das PDF herunterladen und lokal öffnen.