

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Versicherungsnehmer	
Schadennummer	Versicherungsnummer
Telefonnummer (tagsüber)	Mobiltelefon-Nr.
Fax-Nr.	E-Mail-Adresse

Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten. Einzelheiten hierzu und zu den Folgen einer Verletzung dieser Obliegenheiten finden Sie gesondert am Ende dieser Schadenanzeige.

Wann ereignete sich der Unfall?

Datum (Tag, Monat, Jahr)	Zeit (Std./Min.)	Unfallort
--------------------------	------------------	-----------

Verletzte Person

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	
Beruf	Geburtsdatum

Unfallhergang

Genauere Schilderung des Unfallhergangs (wie oder bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit?). Falls notwendig, bitte auf gesondertem Blatt fortfahren.

Zeugen des Unfalls

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	Telefonnummer
Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	Telefonnummer

Hat eine polizeiliche Dienststelle den Unfall festgestellt?

Datum (Tag, Monat, Jahr)	Zeit (Std./Min.)	Anschrift der Polizeidienststelle und Tagebuchnummer
--------------------------	------------------	--

Stand die verletzte Person zurzeit des Unfalls unter Alkoholeinwirkung? Einwirkung von Drogen? nein ja

Wurde eine Blutalkoholuntersuchung veranlasst? nein ja

Wenn ja, durch wen? Ergebnis:

Welche Körperteile wurden verletzt?

Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? nein ja

Ggf. wie lange? **Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen!**

Schaden-Nr.:

War die/der Verletzte in stationärer Behandlung? nein ja
 Ggf. wie lange? **Bitte Bestätigung beifügen!**

Wann wurde wegen des Unfalls erstmalig ein Arzt zu Rate gezogen?

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort des behandelnden Arztes

Welche Anordnung hat der Arzt getroffen?

Gehört die/der Verletzte einer Krankenkasse oder Krankenversicherung an? nein ja
 Krankenkasse, Ort

Versicherungsnummer

Bei welcher anderen Versicherungsgesellschaft oder Berufsgenossenschaft ist die/der Verletzte gegen Unfall versichert?
 Gesellschaft, Ort

Versicherungsnummer

Wurde der Unfall diesen Stellen gemeldet? nein ja
 Hat die/der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? nein ja
 Wann und welcher Art?

War sie/er zurzeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet? nein ja
 Art des Leidens/Gebrechens

Bezieht die/der Verletzte eine Rente?

a) aus der gesetzlichen Rentenversicherung? nein ja
 Falls ja, wie hoch ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Prozent?

b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung? nein ja

Bitte beantworten, wenn sich der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeugs ereignete:

Angaben zum benutzten Kraftfahrzeug

Art des Fahrzeugs	Fabrikat	Fahrzeugidentifikations-Nr.	Amtl. Kennzeichen	Zahl der Sitze einschl. Führersitz
Name, Vorname des Lenkers	Alter des Lenkers	Führerscheinklasse	Führerschein seit wann	

Welche Personen befanden sich zurzeit des Unfalls im Fahrzeug?
 Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Waren Sicherheitsgurte angelegt? nein ja
 Wurde das Fahrzeug mit Wissen des Halters benutzt? nein ja

Zahlung soll erfolgen an

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Konto-Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut, PLZ, Ort
-----------	--------------	------------------------

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben prüft, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf).

Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und die Bediensteten 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, von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Unabhängig von dieser Erklärung habe ich das Recht, einer Datenerhebung durch den Versicherer zu widersprechen, falls ich nicht damit einverstanden bin.

Darüber hinaus kann ich jederzeit verlangen, dass der Versicherer Gesundheitsdaten grundsätzlich nur dann anfordert, wenn ich der jeweiligen Datenerhebung im Einzelfall zugestimmt habe.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene/n ab, da sie/er die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Angaben für mich niedergeschrieben hat.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-------	---------------------------------------

Datum	Unterschrift der versicherten Person (sofern nicht VN)
-------	--