

Unfallanzeige

Unfall-Schaden

Unfall-Akte-Nr.: _____

Die folgenden Fragen sind vom Verletzten bzw. von den Hinterbliebenen **vollständig** und **wahrheitsgemäß** zu beantworten. **Striche oder sonstige Zeichen genügen nicht.** Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben haben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Fragen der Gesellschaft

Antworten des Verletzten bzw. seiner Hinterbliebenen

● Angaben zur Person des Verletzten

- a) Wer erlitt den Unfall?
- b) Anschrift: Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
- c) Geburtsdatum, Familienstand, Telefon
- d) Welchen Beruf übte der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles aus?

- a) Name: _____ Vorname: _____
- b) Anschrift: _____
- c) Geb. am: _____ Familienstand: _____
Telefon - tagsüber, Vorwahl: _____ Ruf-Nr.: _____
- d) Beruf: _____

● Angaben zum Unfallhergang

- a) Wann ereignete sich der Unfall?
- b) Handelt es sich um einen Arbeits- oder Freizeitunfall?
- c) Wo ereignete sich der Unfall?
(Genaue Ortsangabe, evtl. Anschrift des Betriebes)

- a) Am _____ 20 _____, um _____ Uhr (24-Stunden-Zeit)
- b) _____
- c) _____

- d) **Wie** ereignete sich der Unfall und **warum**? Schildern Sie bitte das Unfallereignis genau und geben Sie auch seine **Ursache** an.
(Falls der Platz nicht ausreicht, ist ein gesondertes Blatt zu verwenden)

- e) Nahm der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welcher Art und in welcher Menge?
- f) Wurde eine Blutprobe entnommen? Welcher Blutalkoholgehalt (in ‰) wurde festgestellt?
- g) Führte der Verletzte bei Eintritt des Unfalles ein Fahrzeug? Welcher Art? Amtl. Kennzeichen?
- h) Besaß er den erforderlichen Führerschein?
- i) Welche Personen waren Zeugen des Unfalles?
- k) Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?
- l) Welche Staatsanwaltschaft hat Ermittlungen angestellt?

- e) _____
- f) Ja / Nein; Blutalkoholgehalt: _____
- g) _____
- h) _____
- i) _____
- k) _____ Tagebuch-Nr. _____
- l) _____ Aktenzeichen: _____

● Angaben zu den Unfallfolgen

- a) Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten? (Art, Körperteil, Sinnesorgan)
- b) Wann und von welchem Arzt wurde er deswegen zum **ersten** Mal behandelt?
- c) Bei **stationärer** Behandlung im Krankenhaus: Wann erfolgte die Aufnahme bzw. die Entlassung?
- d) Ist die ärztliche Behandlung bereits abgeschlossen? Wenn ja, seit wann?
- e) Bleiben von dem Unfall voraussichtlich **dauernde Gesundheitsschäden** zurück? Wenn ja, welcher Art?

- a) _____
- b) Datum: _____ Uhrzeit: _____ Name des Arztes: _____
Anschrift: _____
- c) Aufnahme-tag: _____ Entlassungstag: _____
Name der Klinik: _____
- d) _____
- e) _____

1 Angaben zum Gesundheitszustand vor dem Unfall

- a) War der Versicherte vor dem Unfall gesund? a) _____
- b) War er vor dem Unfall voll arbeitsfähig? b) _____
- c) War er im Gebrauch seiner Gliedmaßen oder Sinnesorgane beeinträchtigt? Inwiefern? c) _____
- d) Welche sonstigen Krankheiten oder Gebrechen lagen vor? d) _____
- e) War er geisteskrank, litt er an Epilepsie oder an einem schweren Nervenleiden? e) _____
Genauere Bezeichnung der Erkrankung angeben! _____
- f) War er infolge Krankheiten und/oder Gebrechen dauernd erwerbsunfähig bzw. pflegebedürftig? Seit wann bestand welche Pflegestufe? f) _____
Seit _____ Pflegestufe (I, II oder III) _____
- g) Von welchen Ärzten wurde der Versicherte in den letzten 5 Jahren behandelt? Wann und warum? g) Name /Anschrift: _____

- h) Bezog der Versicherte eine Rente? Wenn ja, welcher Art? Seit wann? Von wem? (LVA/BfA/Berufsgenossenschaft) Wegen welcher Leiden oder Gebrechen? h) Art der Rente (EU-Rente/BU-Rente usw.) _____
seit _____ von _____
wegen _____
- i) Er litt der Versicherte schon früher Unfälle? Wenn ja, wann und mit welchen Verletzungen? i) _____

- j) Sind die Unfälle bei uns gemeldet? j) Ja/Nein; Aktenzeichen: _____

2 Angaben zum Versicherungsvertrag

- a) Aus welchen Versicherungsverträgen wird anlässlich des Unfalls eine Entschädigung beansprucht? (Bitte vollständige Versicherungs-Nr. angeben!)
Vers.-Schein-Nr.: _____ Vers.-Schein-Nr.: _____ Vers.-Schein-Nr.: _____
a) 1. _____ 2. _____ 3. _____
- b) Waren bei Eintritt des Unfalls die Beiträge laufend gezahlt? b) zu 1: _____ zu 2: _____ zu 3: _____
- c) Bestand ein Beitragsrückstand? Seit wann? c) zu 1: _____ zu 2: _____ zu 3: _____

3 Angaben zu anderen Versicherungen

- a) Bei welchen anderen Gesellschaften ist der Verunglückte sonst noch gegen Unfälle versichert?
Name und Anschrift
a) der Gesellschaft: _____
Vers.-Schein-Nr.: _____
Ist der Unfall dort gemeldet? Ja/Nein; Aktenzeichen: _____
- b) Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verunglückte an? (Genauere Anschrift)
b) _____
Ist der Unfall dort gemeldet? Ja/Nein; Aktenzeichen: _____
- c) Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? (Genauere Anschrift) c) _____

4 Zahlung der Leistung

- Auf welches Bank- oder Postgirokonto soll eine evtl. Leistung überwiesen werden?
Bankleitzahl: _____ Konto-Nr.: _____
Bank/Sparkasse/Postgiroamt _____
Konto-Inhaber: _____

Die Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mir ist bekannt, dass bewußt falsche oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, und zwar auch dann, wenn der Gesellschaft kein Schaden entsteht. Wurde die Schadenanzeige von einem Beauftragten der Versicherungsgesellschaft ausgefüllt, überprüfen Sie bitte, bevor Sie unterschreiben, ob alle Angaben richtig sind.

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 Schweigepflichtentbindung 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 bzw. seiner Hinterbliebenen
Bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters