

# Schadenanzeige Unfall

Sehr geehrter Versicherungsnehmer, eine rasche Bearbeitung des Schadens ist nur möglich, wenn Sie die nachstehenden Fragen ausführlich beantworten und die Schadenanzeige schnell zurücksenden.

Name und Anschrift der Gesellschaft:

Versicherungsscheinnummer

Schadennummer (wenn vorhanden):

Unfalltag:

Unfalluhrzeit:

Unfallort:

## 1. Versicherungsnehmer

Name:

Beruf:

Straße:

Tel.:

PLZ, Ort:

Fax:

Geburtsdatum:

## 2. Verunfallte Person

Name:

Beruf:

Straße:

Tel.:

PLZ, Ort:

Fax:

Geburtsdatum:

## 3. Unfallhergang (bitte genaue Schilderung)

Beschreibung der Verletzungen:

# Schadenanzeige Unfall

## 4. Zeugen

Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Tel.:		Tel.:	

## 5. Polizeiaufnahme

<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wenn ja:	Dienststelle:	
	Aktenzeichen:	
Gebührenpflichtige Verwarnung		
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wenn ja:	Höhe:	€ Wer: <input type="text"/>

## 6. Behandlung

Arzt (Erstbehandlung)	Arzt (Weiterbehandlung)
Name:	Name:
Straße:	Straße:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Tel.:	Tel.:
Krankenkasse bzw. -versicherung:	
Versichertennummer:	
Bestehen weitere Unfallversicherungen?:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wenn ja bei:

## 7. Fragen zum Unfall

Unfall aufgrund <b>Bewusstseinsstörung</b> (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Alkohol- oder Medikamenteneinfluss)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
<b>Alkohol-/ Medikamenten-/ Rauschmitteleinnahme</b> innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall (wenn ja, Art und Menge angeben)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
<b>Unfall als Lenker eines Fahrzeugs</b> (wenn ja, Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
<b>Blutalkoholprobe</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Ergebnis: <input type="text"/> %o

## Schadenanzeige Unfall

Besteht oder bestand eine <b>Grunderkrankung</b> oder war ein <b>Gebrechen</b> bekannt (z.B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, etc.)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Beziehen Sie ein <b>Erwerbsunfähigkeits- und/oder Unfallrente</b> (wenn ja, Grund und % der Erwerbsminderung angeben)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Frühere <b>Unfälle</b> (wenn ja, Verletzungsart und Zeitpunkt angeben)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
<b>Abtransport im Rettungshubschrauber</b>		
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
<b>Transport in Spezialklinik</b>		
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Anschrift:	
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>		
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, voraussichtliche Dauer	_____ Wochen
<b>Ambulante Behandlung</b>		
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, voraussichtliche Dauer	_____ Wochen
<b>Stationäre Behandlung</b>		
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, voraussichtliche Dauer	_____ Wochen
<b>Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt</b>	<input type="radio"/> folgt <input type="radio"/> liegt bei	

### 8. Bankverbindung

Zahlung erbeten an:	Kontonummer:	
	Bankinstitut:	
	BLZ:	
	Kontoinhaber:	

**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 schaden-/leistungsrelevanter Unterlagen zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistungen 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.

# Schadenanzeige Unfall

## Schweigepflichtentbindung

Zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, 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. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

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 der Versicherung selbst **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die Versicherung 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 meinen 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, 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 jede entsprechende **Schweigepflichtentbindung im Einzelfall** ist der Versicherer berechtigt, eine **Kostenbeteiligung** zu verlangen.

ARNOLD & PARTNER  
Finanz- und Versicherungsmakler

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift versicherte Person