

Schadenanzeige Unfall

Versicherungsschein:

Schadennummer:

Sehr geehrtes Mitglied,
eine rasche und korrekte Regulierung Ihres Schadens ist nur möglich, wenn Sie diese Schadenanzeige sorgfältig und vollständig ausfüllen und umgehend an uns abschicken. Bitte beachten Sie unbedingt die Schlusserklärungen.

Diese Fragen müssen immer beantwortet werden:

Versicherte Person:
(Bitte Name, Anschrift u. Telefonnr. angeben)

Handelt es sich um einen Verkehrsunfall?

ja nein

Wenn ja, in welcher Eigenschaft?

KFZ Motorrad Fahrrad Fußgänger

Schadenschilderung

Wo ist der Unfall entstanden?
(Bitte Ort, Straße usw. angeben)

Wie ist der Unfall entstanden?

Wann ist der Unfall entstanden?
(Bitte Datum und Uhrzeit angeben)

Welche Zeugen haben den Unfall gesehen?
(Bitte auch Anschrift u. Telefonnr. angeben)

Wurde der Schaden der Polizei gemeldet?

ja nein

Wenn ja, wann und in welcher Dienststelle?

Datum:

PLZ, Ort:

Telefon:

Tagebuch-Nummer:

Ggf. Staatsanwaltschaft / Aktenzeichen:

Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Std. vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? Wenn ja, bitte Art und Menge angeben ggf. bis wann?

ja nein

Wurde der versicherten Person eine Blutprobe abgenommen?

ja nein

wenn ja, mit dem Ergebnis:

‰

Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurückzuführen? Wenn ja, auf welche Art von Bewusstseinsstörung?

ja nein

War die versicherte Person als Lenker eines Fahrzeuges im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

ja nein

Wenn ja, Führerschein welcher Klasse?

Welche Verletzungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen sind durch den Unfall entstanden?

Welcher Arzt leistete erste Hilfe?
(bitte vollständigen Namen, Anschrift u. Telefonnummer angeben)

Wann fand die erste Behandlung statt?
(Bitte Datum und Uhrzeit angeben)

Ist die verletzte Person wieder arbeitsfähig?
(Falls ja, seit wann?)

ja nein

Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter? ggf. auch Anschrift und Telefonnummer des Krankenhauses mit Fachabteilung

Wie lange hat die **stationäre** Behandlung im Krankenhaus gedauert? (von / bis)
(Original Bescheinigung beifügen)

Wie lange wird die **ambulante** Behandlung noch dauern? (von / bis / voraussichtlich bis)

Teilen Sie uns Name, Telefonnummer und Adresse des Hausarztes mit.

Leidet oder litt die versicherte Person an einer ersten Erkrankung oder Gebrechen?
Wenn ja, an was?

ja nein

Welche Ärzte behandelten diese Erkrankungen? (bitte vollständigen Namen, Anschrift u. Telefonnummer angeben)

Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? Wenn ja, bitte den Erwerbsminderungsgrad angeben.
ggf. von welcher Stelle? Name, Anschrift und Aktenzeichen:

ja nein

Hat die versicherte Person schon früher Unfälle erlitten? Falls ja, wann und welcher Art Verletzung?

ja nein

Hat sie dafür Invaliditätsentschädigungen erhalten? Falls ja, von wem? (Bitte vollständigen Namen, Anschrift und Aktenzeichen angeben)

ja nein

Bestehen für die versicherte Person weitere **eigene** Unfallversicherungen?
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft, unter welchen Vertragsnummern und seit wann?

ja nein

Bestehen für die versicherte Person außerdem **fremde** Unfallversicherungen, z.B. über den Arbeitgeber?
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft, unter welchen Vertragsnummern und seit wann?

ja nein

Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft) gemeldet?
Wenn ja, bei wem und wann?

ja nein

Sonstiges:

Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

- 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 insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten 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 ihrer 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 jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 20 € verlangen.

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

Unterschrift der versicherten Person

Ort / Datum

Unterschrift der versicherten Person

Die Schaden-Anzeige wurde aufgenommen von:

Ort / Datum

Unterschrift des Mitarbeiters

Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben Ihren Versicherungsschutz gefährden können. Bitte beachten Sie hinsichtlich der Einzelheiten die beiliegende Mitteilung nach §28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Hiermit bestätige ich, dass ich die beigefügte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrtes Mitglied,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, indem Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).

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 den Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können die 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 Versicherungsfalls 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.

Ihre Mitgliedsnummer:

Bitte stets angeben

Ihr Schreiben vom

Ihr Ansprechpartner

Durchwahl

Kappeln den

Unfallschaden-Nr.

wir übersenden Ihnen eine Unfall-Schadenanzeige und zwei Formblätter, die Sie bitte ausgefüllt wieder an uns zurück senden wollen.

Eventuell anfallende Arzthonorare in Verbindung mit dem Formschreiben werden nach Vorlage der Abrechnung von uns erstattet.

Zu Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und wünschen Ihnen eine gute Genesung.

Sie haben einen Anspruch auf Zahlung einer Invaliditätsleistung, wenn der Unfall innerhalb von 12 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) führt. Die Frist zur Geltendmachung ist auf 18 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

Damit haben Sie Zeit, die Entwicklung der Unfallfolgen zu beobachten und zusammen mit dem behandelnden Arzt festzustellen, ob unfallbedingte Dauerfolgen eingetreten sind und für immer verbleiben.

Mit freundlichen Grüßen

OSTANGLER BRANDGILDE

Unfallversicherung

Unfallschaden

Fragen an den behandelnden Arzt

1. Welche Diagnose stellen Sie?

2. Welches sind derzeitiger objektiver Befund und die funktionellen Störungen?

a) Wurde das osteosynthetische Material bereits entfernt? ja nein

wann beabsichtigt?

b) Welche Befunde und funktionellen Störungen werden durch unfallabhängige Krankheiten oder Gebrechen verursacht?

3. Ist innerhalb des ersten Unfalljahres ein Invaliditätsschaden / eine Gebrauchsminderung eingetreten?
 ja nein

a) Wenn ja, aufgrund welcher Verletzungsfolgen?

b) Wie beurteilen Sie den weiteren Heilverlauf bis zum Ablauf des dritten Unfalljahres?

c) Wird die Invalidität/die Gebrauchsminderung voraussichtlich länger als drei Jahre vom Abschluß der ärztlichen Behandlung andauern?

ja nein

d) Wann ist der endgültige Grad des Invaliditätsschadens / der Gebrauchsminderung feststellbar?

4. Welcher anderen Versicherungsgesellschaft, Berufsgenossenschaft, Krankenversicherung etc. haben Sie in dieser Unfallsache Auskunft erteilt?

Stempel und Unterschrift

Ort, Datum