

# Unfallanzeige

Versicherer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Schadenummer: \_\_\_\_\_

## 1. Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname	Geburtsdatum	Festnetz
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	E-Mail	Mobil
IBAN	BIC	

## 2. Angaben zur verletzten Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Staatsangehörigkeit	
Ausgeübter Beruf des Verletzten	Arbeitgeber (mit Anschrift der Arbeitsstätte)	
Krankenversicherung besteht bei (bitte mit Anschrift und Versicherungsnummer)		
Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Name und Anschrift, Aktenzeichen)		
Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen (ggf. über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaft, etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte mit Anschrift und Versicherungs- oder Bearbeitungsnummer)		

## 3. Angaben zum Unfall

<b>Wann</b> ereignete sich der Unfall? (Datum und Uhrzeit)	<b>Wo</b> ereignete sich der Unfall?
<b>Wie</b> war der genaue Hergang des Unfalles?	

Wenn dieser Platz nicht ausreicht, bitte Schilderung auf Beiblatt fortsetzen!

Waren bei dem Unfall <b>Zeugen</b> zugegen? Bitte gegebenenfalls Namen und Anschrift angeben!			
Nahm der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall <b>alkoholische Getränke</b> zu sich? Art? Menge? Zeit?		wurde eine <b>Blutprobe</b> genommen? Wenn ja, welchen Promillewert hatte sie?	
Welche <b>Polizeidienststelle</b> hat den Unfall aufgenommen? Tagebuchnummer?		Welche <b>Staatsanwaltschaft</b> befasst sich mit dem Unfall? Aktenzeichen? Ort?	
Welche Verletzungen erlitt der Versicherte? (Verletzungsart und betroffene Körperstellen bitte genau angeben!)			
Wann und durch wen erfolgte die erste ärztliche Behandlung? (Datum, Name, Anschrift)			
Von welchen Ärzten wurde der Verletzte seit Eintritt des Unfalles behandelt? (Name, Anschrift)		vom	bis
In welchen Krankenhäusern wurde der Verletzte seit Eintritt des Unfalles behandelt? )Anschrift)		stationär	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom      bis
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
War der Verletzte bei Eintritt des Unfalles völlig gesund? Wenn nein, welche Krankheiten bestanden? Seit wann? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein:			
War der Verletzte vor dem Unfall schon am Gebrauch seiner Glieder oder Sinnesorgane gehindert? Welcher Art war die Behinderung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			
Hatte der Verletzte im Bereich der jetzigen Unfallverletzung schon einmal eine Erkrankung oder Verletzung? Wann? Welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			
Hatte der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? Zeitpunkte der Unfälle? Art der Verletzungen? Dauerfolgen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			
Besteht oder bestand bei dem Verletzten ein Anfallsleiden, z. B. Epilepsie? Welches? Seit wann? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			
Von welchen Ärzten wurde der Verletzte in den letzten drei Jahren vor dem Unfall behandelt und weswegen? (Name, Anschrift, Zeitraum, Art der Krankheit) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			
Bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle oder sonstiger Invalidität (z.B. Arbeitsunfähigkeit) eine Rente, seit wann, von wem, weshalb? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			

**Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches auf Versicherungsschutz führen können. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.**

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich in Verbindung mit der beantragten Versicherungsleistung ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und andere Versicherer zur Beurteilung der Ansprüche übermittelt.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt für 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 Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn Beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten -  
Verletzten bzw.  
des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
Versicherungsnehmers

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

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, braucht der Versicherer Ihre Mithilfe.

### **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie ihm jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheiten), und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie ihm alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheiten). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass Sie ihm 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 dem Versicherer 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 der Versicherer kann seine 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 bleibt der Versicherer 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 der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner 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.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

---

Ort, Datum, Unterschrift der verletzten  
Person bzw. des gesetzlichen Vertreters