

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen)

Versicherungsscheinnummer:

Schadennummer:

1. Versicherungsnehmer (Name, Anschrift)

Beruf:

Geb. am :

2. Verletzte/r (Name, Anschrift; falls nicht VN selbst)

Beruf:

Geb. am:

Zahlung bitte an: Kto. Inhaber:

Kto.- Nr.:

Blz.:

Bank:

3. Schadenzeitpunkt

3.1 Unfalltag

Datum:

und Uhrzeit:

3.2 Unfallort

4. Schadenhergang und Ursache

4.1 Ausführliche Schilderung (evtl. gesondertes Blatt verwenden)

4.2 Es handelt sich um einen Berufsunfall Freizeitunfall Unfall als Insasse eines Kfz

4.3 Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? nein ja

Wenn ja, bei welcher Dienststelle

(Revier, Anschrift und Tagebuchnummer/ Aktenzeichen)

4.4 Gab es Unfallzeugen? ja nein

(1. Name)

(2. Name)

(Anschrift und Telefon tagsüber)

(Anschrift und Telefon tagsüber)

4.5. Hat die verletzte Person in den letzten 24 Std. vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen? nein ja, und zwar _____ von _____ bis _____ Uhr

Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja Ergebnis _____ ‰

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen)

5. Verletzungsfolgen

5.1 Welche Körperteile wurden verletzt?

5.2 Welche Verletzungen sind eingetreten?

5.3 Welche Arzt wurde zuerst aufgesucht?

(Name)

Wann?

(Datum/ Uhrzeit)

(Anschrift)

5.4 Jetzt behandelnder Arzt

5.5 Wurde die verletzte Person stationär behandelt? ja nein

Krankenhaus

(Name und Anschrift)

Von wann

bis (voraussichtlich) wann

Bescheinigung folgt (siehe dritte Seite der Schadenanzeige) ja nein

5.6 Wie lange wird voraussichtlich die gesamte ärztliche Behandlung dauern? Bis

5.7 Besteht Arbeitsunfähigkeit? nein ja, vom bis

5.8 Ist eine vollständige Heilung zu erwarten? nein ja, weil

6. Vorerkrankungen/ bestehende Verletzungen

6.1 Leidet oder litt die verletzte Person zur Zeit des Unfalls an einer Krankheit oder an einem Gebrechen? nein ja, und zwar an

6.2 Ist das Gebrechen Folge eines früheren Unfalles? nein ja

7. Weitere Versicherungen

7.1 Ist die verletzte Person noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert?

nein ja, bei der Gesellschaft Vs-Nr.:

7.2 Ist die verletzte Person krankenversichert?

nein ja, bei der Gesellschaft Vs-Nr.:

7.3 Wurde der Unfall dem Krankenversicherer bereits gemeldet? nein ja

7.4 Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert? (ggfs. Arbeitgeber fragen)

Name:

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen)

8. Schweigepflicht- Entbindungserklärung (Bitte eine Auswahl durch Ankreuzen treffen!)

Mit ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlasste Mitteilungen des Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck und zur Beschleunigung der Leistungsprüfung befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden- mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehende Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende medizinische Gutachter übermittelt werden.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Eine entsprechende Schweigepflicht- Entbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die entsprechende Personen der Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Ich habe die Schadenanzeige nach bestem Gewissen ausgefüllt.

Die Mitteilung nach §28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall (sie Folgeseite) habe ich gelesen.

Ort/ Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift verletzte Person

Bitte zurück senden an:
VERDIE Management GmbH oder WILHELM FIX KG (GmbH & Co), Hermannstr. 10, 20095 Hamburg
Email: info@verdie-management.de / info@wilhelm-fix.de Fax.: 040/ 30962323

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen)

(Zur Vorlage bei Ihrem Arzt)

Ihre Schadennummer:

1. Personalien der Patientin/ des Patienten

Name

Vorname

Geb. am:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Unfalldatum:

Unfallhergang in Stichworten:

2. Krankenhaustagegeld

2.1 War Ihr(e) Patient(in) unfallbedingt im Krankenhaus?

ja nein

2.2 Hat sich der Krankenhausaufenthalt aufgrund unfallfremder Einflüsse verlängert?

ja nein

Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung:

vom

bis

3. Soforthilfe bei Frakturen

3.1 Hat sich Ihr(e) Patient(in) infolge des Unfalls eine Fraktur des Knochens bzw. des Knöchels zugezogen (zu berücksichtigen sind alle gängigen Frakturtypen)

ja nein

Lokalisieren Sie bitte diese Fraktur:

3.2 Haben Sie beim Zustandekommen dieser Fraktur Vorschädigungen oder Vorerkrankungen mit mind. 25% mitgewirkt?

ja nein

4. Invalidität - Kapitalzahlung und/ oder Unfallrente -

4.1 Welchen Befund haben Sie erhoben? Wie lautet Ihre Diagnose?

4.2 Wurden Röntgenaufnahmen gefertigt?

ja nein

4.3 Wird eins der vom Unfall betroffenen Sinnesorgane/ Gliedmaßen voraussichtlich dauernd in der Gebrauchsfähigkeit beeinträchtigt bleiben?

ja nein
 ungewiss

Wenn ja, welches?

4.4 Ist damit zu rechnen, dass sonstige mit einer Invalidität einhergehende Unfall- bzw. Verletzungsfolgen zurück bleiben werden?

ja nein
 ungewiss

4.5 Sind die von Ihnen diagnostizierten Verletzungen ausschließlich auf den Unfall zurück zu führen, oder haben unfallfremde oder degenerative Faktoren eine Rolle gespielt?

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen)



Name, Anschrift des Arztes/ Stempel

Ort/ Datum

Unterschrift des Arztes

Bitte zurück senden an:
VERDIE Management GmbH oder WILHELM FIX KG (GmbH & Co), Hermannstr. 10, 20095 Hamburg
Email: info@verdie-management.de / info@wilhelm-fix.de Fax.: 040/ 30962323

Anhang

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

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann die Versicherungsgesellschaft von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und der Gesellschaft die sachgerechte Prüfung ihrer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns/ der Versicherungsgesellschaft alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Die Gesellschaft kann ebenfalls verlangen, dass Sie 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 zwar nicht Ihren Anspruch auf Leistung, aber die Gesellschaft kann im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens die Leistung entsprechend 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 die Gesellschaft jedoch in soweit 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 Ihre Obliegenheiten arglistig, wird die Gesellschaft in jedem Fall von ihrer Verpflichtung zur Leistung frei.

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