Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Allgemeine Daten

Versicherungsnehmer (VN)

Anrede | Titel, Vorname, Name

Straße, Haus-Nr. | Land | PLZ | Wohnort

Telefon | Telefax | E-Mail-Adresse

Versicherungsnummer | **Schadennummer** | **VN = verletzte Person**
☐ nein ☐ ja

Allgemeine Schadendaten

Schadenzeitpunkt
am: um: Uhr

Augenzeugen
☐ nein ☐ ja, siehe Pos. ___ „Schadenbeteiligte/weitere relevante Personen“

Schadenort
Straße, Haus-Nr. | Land | PLZ | Ort

Schaden gemeldet
am: um: Uhr
durch ☐ VN ☐ Ehefrau ☐ _____
☐ mündlich ☐ schriftlich

Polizeiliche Aufnahme
☐ nein
☐ ja; **Anschrift Polizei**:
Anschrift Staatsanwaltschaft:
Aktenzeichen bekannt? ☐ nein ☐ ja:

Schadenbeteiligte / weitere relevante Personen

1. Verletzte versicherte Person

Anrede | Titel, Vorname, Name

Straße, Haus-Nr. | Land | PLZ | Wohnort

Telefon | Telefax | E-Mail-Adresse

Geburtsdatum | derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit / Branche / Betriebsart

2. ☐ **Augenzeuge** ☐ **Arzt** (Erstbehandlung) ☐ **Arzt** (Weiterbehandlung) ☐ **Krankenhaus** ☐ _____

Anrede | Titel, Vorname, Name

Straße, Haus-Nr. | Land | PLZ | Wohnort

Telefon | Telefax | E-Mail-Adresse

3. ☐ **Augenzeuge** ☐ **Arzt** (Erstbehandlung) ☐ **Arzt** (Weiterbehandlung) ☐ **Krankenhaus** ☐ _____

Anrede | Titel, Vorname, Name

Straße, Haus-Nr. | Land | PLZ | Wohnort

Telefon | Telefax | E-Mail-Adresse

4. ☐ **Augenzeuge** ☐ **Arzt** (Erstbehandlung) ☐ **Arzt** (Weiterbehandlung) ☐ **Krankenhaus** ☐ _____

Anrede | Titel, Vorname, Name

Straße, Haus-Nr. | Land | PLZ | Wohnort

Telefon | Telefax | E-Mail-Adresse

Weitere Schadenbeteiligte
☐ nein ☐ ja; bitte entsprechende Angaben auf **gesondertem Blatt** vornehmen und **beifügen**.

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Weitere Angaben zur verletzten Person

Unfall aufgrund einer **vorher eingetretenen Bewusstseinsstörung** zurückzuführen
(z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall oder aufgrund Alkohol-/Medikamenteneinfluss)
☐ nein ☐ ja, und zwar:

Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinnahme innerhalb der letzten zwölf Stunden vor dem Unfall
☐ nein ☐ ja; Art und Menge:

Unfall als Lenker eines Fahrzeuges
☐ nein ☐ ja; Fahrzeugart: Anzahl der Personen im Fahrzeug:
Führerschein gültig ☐ nein ☐ ja; Führerscheinklasse: Fahrzeugart:

Blutalkoholprobe
☐ nein ☐ ja; Ergebnis: ‰

Besteht oder bestand eine **Grunderkrankung** oder war ein **Gebrechen** bekannt (z. B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose, künstliche Gelenke)?
☐ nein ☐ ja, und zwar:
Name und Anschrift des behandelnden Arztes: Siehe Pos. ___ „Schadenbeteiligte/weitere relevante Personen“

Erwerbsunfähigkeits-/Unfallrente
☐ nein ☐ ja; Grund und % der Erwerbsminderung:

Frühere Unfälle
☐ nein ☐ ja; Verletzungsart und Zeitpunkt:
Wurden dafür **Invaliditätsleistungen** gewährt?
☐ nein ☐ ja; Wann und von welcher Stelle sowie Aktenzeichen:

Beschreibung der Verletzung

Abtransport mit Rettungshubschrauber
☐ nein ☐ ja

Transport in Spezialklinik
☐ nein ☐ ja, siehe Pos. ___ „Schadenbeteiligte/weitere relevante Personen“

Arbeitsunfähigkeit
☐ nein ☐ ja, voraussichtliche Dauer: Wochen

Ambulante Behandlung
☐ nein ☐ ja, voraussichtliche Dauer: Wochen

Stationäre Behandlung
☐ nein ☐ ja, voraussichtliche Dauer: Wochen

Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt (ausgefüllt und unterschrieben)
☐ folgt ☐ liegt bei

Angaben zum Unfallhergang und Schadenausmaß

Bitte schildern Sie den Anlass, den Hergang und die Ursache für den Schaden möglichst **eindeutig und umfassend**.
Sofern der Platz nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt und eventuelle Skizze beifügen.

Gesondertes Blatt ☐ nein ☐ ja
Skizze ☐ nein ☐ ja

Was wird als **Unfallursache** angenommen?

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Angaben zu weiteren Unfallversicherungen

Wurde der Unfall einem **gesetzlichen Unfallversicherungsträger** gemeldet (z. B. Berufsgenossenschaft)?

☐ nein ☐ ja; Name und Anschrift:
Versicherungsnummer:

Bestehen für die verletzte Person **weitere private Unfallversicherungen**? (z. B. auch über Arbeitgeber, Kreditkarte oder Sportverein)

☐ nein ☐ ja; Gesellschaft: Versicherungsnummer: Versicherungsbeginn:
Gesellschaft: Versicherungsnummer: Versicherungsbeginn:

Sonstige Angaben

Konto für die Schadenauszahlung

IBAN	Kontoinhaber (Vorname, Name)
BIC	Geldinstitut (Name und Ort)

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verantwortlichkeit

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

Schweigepflichtentbindung

Zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers kann es erforderlich sein, dass dieser die Angaben prüft, 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 Arzte, 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 des Versicherers selbst **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer 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.

Ort, Datum	Unterschrift der **versicherten Person** (**bei Minderjährigen**: gesetzlicher Vertreter)	Unterschrift des **Versicherungsnehmers**

Formular zurücksetzen **Formular drucken**

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Fristenhinweise

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer privaten Unfallversicherung:

Die von Ihnen mit dem Versicherer vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen. Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung / Unfallrente

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten innerhalb von **15 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie dem Versicherer den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung

a) Übergangsleistung

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50 % beeinträchtigt ist,
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei dem Versicherer geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie dem Versicherer den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruches auf Übergangsleistung führen.

b) Erweiterte Übergangsleistung

Für die erweiterte Übergangsleistung gilt zusätzlich zu dem unter 2. a) beschriebenen Fristen, dass bereits ein Anspruch bei einer Beeinträchtigung von 100 % in den ersten drei Monaten besteht. Diesen Anspruch müssen Sie binnen vier Monaten mit ärztlichem Attest anmelden.

3. weitere Leistungsarten

Haben Sie weitere Leistungen (z. B. Kosmetische Operation) mit dem Versicherer vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen den Versicherungsbedingungen zu entnehmen.