



Versicherungsgesellschaft:	Schaden-Nr. B
	Versicherungsschein-Nr.

Wir bitten in Ihrem eigenen Interesse um vollständige und tatsächengerechte Angaben. Beachten Sie bitte, daß unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Das gilt auch dann, wenn der Versicherer keinen Nachteil erleidet.

Versicherungsnehmer (Vollständiger Name, Postleitzahl, Anschrift)		Telefon mit Vorwahl / Fax	
Verletzter (Vollständiger Name, PLZ, Anschrift)			
Versicherten-Nr: lt. Vertrag		Geburtsdatum	Jetziger Beruf
Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort	Unfallart: <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (Weg von zu Hause zur <input type="checkbox"/> Dienstreiseunfall Arbeits stätte und zurück)
Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die –ursache ausführlich (Namen/Anschriften von Unfallzeugen bitte angeben)			
Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Polizeidienststelle	Tagebuch-Nr./Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft
Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Blutprobe	Ergebnis in Promille <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erster Behandlungstag / Uhrzeit	Erstbehandelnder Arzt mit Anschrift (bei stationärer Behandlung Name/Anschrift des Krankenhauses)		
Weiterbehandelnder Arzt mit Anschrift		Zeitraum der vollstationären Behandlung von – bis	
Art und Umfang der Verletzungen		Wieder arbeitsfähig seit / ab	
War die verletzte Person vor dem Unfall vollständig gesund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Welche Krankheiten, Gebrechen, Kriegs-/Wehrdienstbeschädigungen, Körperschäden, Folgen aus früheren Unfällen bestehen/bestanden?			



Besteht eine weitere Unfallversicherung (z. B. Schutzbrief, Sportverein, Arbeitgeber, andere Versicherer)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Namen, Anschriften und Vertrags- oder Schaden-Nr.	
Bestand bereits früher Unfallversicherungsschutz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Bei welcher Gesellschaft?	Sind bereits früher Leistungen erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welcher?	Krankenkasse des Verletzten?
Nur bei Insassenunfallverträgen ausfüllen!		Namen und Anzahl aller Fahrzeuginsassen	
Amtliches Kennzeichen	Fahrzeugführer	Führerscheinklasse	Ausstellungsdatum
Zahlungen sollen erfolgen an: (Namen des Kontoinhabers)			
Geldinstitut (Bank / Sparkasse etc.)		Bankleitzahl (BLZ)	Konto-Nr.
<p>Schweigepflicht-Entbindungserklärung. Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßte Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.</p> <p>Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach den dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.</p>			
Ort/Datum	Unterschrift des Verletzten oder im Todesfall seiner Erben (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)	Unterschrift des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)	