

# SCHADENANZEIGE/ UNFALLVERSICHERUNG

Versicherer \_\_\_\_\_ Police Nr. \_\_\_\_\_  
VR-Schadennr. \_\_\_\_\_ Mapra Schadennr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer, Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Ihre Bank \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

Verletzte Person, Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Unfalltag \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_  
 Arbeitsunfall  Wegeunfall (Wege zwischen Wohnung und Arbeitsstätte)  Dienstreiseunfall  Freizeitunfall  
Unfallort, Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Schadenhergang - Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die Unfallursache ausführlich

Zeugen \_\_\_\_\_

polizeiliche Aufnahme Dienststelle / Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Alkoholgenuß - Ergebnis der Alkoholkontrolle: Atemalkohol \_\_\_\_\_ Promille, Blutalkohol \_\_\_\_\_ Promille

Drogenkonsum - positives Ergebnis der Drogenüberprüfung \_\_\_\_\_

Erster Behandlungstag \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Behandler / Arzt, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

stationäre Aufnahme war erforderlich vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Weiterbehandelnder Arzt, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

# SCHADENANZEIGE/ UNFALLVERSICHERUNG

Art und Umfang der Verletzungen

War die verletzte Person vor dem Unfall vollständig gesund?  Ja  Nein

Welche Vorerkrankungen bestanden?

Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?  Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_ Höhe der Entschädigung \_\_\_\_\_ EUR Versicherer \_\_\_\_\_  
EUR

Wichtig bei Arbeits- und Wegeunfällen: Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an?

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen?  Ja  Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Versicherer, die Versicherungsnummer und die Versicherungssummen an

Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherer 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 / Bitte kreuzen Sie eine der beiden folgenden Varianten an.**

Zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers kann es erforderlich sein, dass Angaben geprüft werden müssen, 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).

### **generelle Entbindung von der Schweigepflicht**

Zu diesem Zweck entbinde ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime, Personenversicherer, gesetzliche 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 von der Schweigepflicht im Einzelfalle**

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer -falls erforderlich- in jedem Einzelfalle 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 wird der Versicherer evtl. eine Kostenbeteiligung verlangen. Die Höhe ist ggfs. direkt beim Versicherer zu erfragen.

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.