

Versicherungsnehmer:

Aktenzeichen _____

Unfallversicherung Nr. _____

Sehr geehrter Kunde,
 bitte beantworten Sie alle Fragen sehr sorgfältig und ausführlich. Sollte einmal der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei. So ersparen Sie uns Rückfragen und tragen damit zu einer reibungslosen und raschen Schadenabwicklung bei.
 Vielen Dank!

1. Verletzte Person

| |
|------------------|
| Nachname |
| Straße, Haus-Nr. |
| Beruf |
| Arbeitsstätte |

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| Vorname | Geburtsdatum | Verheiratet? |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Postleitzahl | Wohnort | |
| | | |
| Tätigkeit im Beruf (genau angeben, z. B. Verkäufer, auch mitarbeitend im Lager) | | |
| | | |
| Telefon geschäftlich | Telefon privat | |
| | | |
| E-Mail | | |
| | | |

2. Unfallzeitpunkt und -ursache

- a) Wann ereignete sich der Unfall?
- b) Wo ereignete sich der Unfall?
- c) Handelte es sich um einen Verkehrsunfall?

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Nein Ja

Wenn Ja: In welcher Eigenschaft (z.B. Fußgänger, Radfahrer)? _____

Bei Kraftfahrzeugen – polizeil. Kennzeichen/Halter: _____

War der Verletzte im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

Nein Ja

- d) Wurde der Unfall protokolliert?

Wenn Ja: Polizeidienststelle und Aktenzeichen: _____

Nein Ja

- e) Wurde ein Ermittlungsverfahren eingeleitet?

Wenn Ja: Staatsanwaltschaft/Bußgeldbehörde, Aktenzeichen: _____

Nein Ja

- f) Handelte es sich um einen Berufsunfall?

Wenn Ja: Berufsgenossenschaft und Aktenzeichen: _____

Nein Ja

- g) Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

Wenn Ja: Wann, was und welche Mengen: _____

Nein Ja

3. Unfallhergang

- a) Bitte schildern Sie den **Unfallhergang** und die **Unfallursache** so ausführlich, dass ein möglichst genaues Bild entsteht:

- b) Welche Verletzungen wurden festgestellt (Diagnose des Arztes)?

4. Zeugen /Ärzte

a) Wer war noch am Unfall beteiligt (bei Kraftfahrzeugen auch polizeiliche Kennzeichen und Halter)?

b) Wenn keine Zeugen zugegen waren, wer hat die verletzte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

c) Von welchen Ärzten, gegebenenfalls in welchem Krankenhaus, wurde die verletzte Person **erstmalig behandelt**?

ab

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 von Dr. med. _____ Anschrift: _____

d) Von welchen Ärzten, gegebenenfalls in welchem Krankenhaus, wurde die verletzte Person außerdem behandelt?

ab

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 von Dr. med. _____ Anschrift: _____

ab

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 von Dr. med. _____ Anschrift: _____

e) Erfolgte eine stationäre Behandlung? Nein **Ja:** von/bis?

5. Vorerkrankungen / Frühere Unfälle

a) Wegen welcher Erkrankungen (**nicht** Bagatellerkrankungen) war der Verletzte in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall in ärztlicher Behandlung? Behandlungszeitraum?

Name und Anschrift der Ärzte: _____

b) Lagen **zur Zeit des Unfalles** Krankheiten oder Gebrechen vor? Nein **Ja:** Wenn ja, welche?

c) Sind der Verletzten Person schon früher Unfälle zugestoßen? Nein **Ja:** Wenn ja, wann und welcher Art?

Wurden Leistungen erbracht? Nein **Ja:** Wenn ja, von wem und in welcher Höhe?

Bitte **alle** Fragen vollständig beantworten (falls der Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt beifügen).

6. Weitere Versicherungen

a) Bestehen weitere Unfallversicherungen? Nein Ja

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name, Ort): _____

Vers.schein-Nr./Aktzeichen _____

Bitte auch z. B. Insassen-, Verkehrsmittel- oder Gruppen-Unfallversicherungen angeben, wenn aus diesen ebenfalls Leistungen beansprucht werden.

b) Krankenkasse oder -versicherung: _____

c) Bei Unfalltod auch Lebensversicherungen angeben: _____

Bitte **alle** Versicherungen angeben, nach denen gefragt wird (falls der Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt beifügen).

7. Bankverbindung

Die Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden (bitte nur angeben, falls nicht das für den Beitragseinzug angegebene Konto genutzt werden soll oder kein Lastschrifteinzug vereinbart ist):

IBAN _____

Name des Kontoinhabers _____

BIC _____

Name des Kreditinstituts _____

8. Schlusserklärung

Die vorstehenden Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich durch bewusst unrichtige oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz auch dann verliere, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der verletzten Person _____

Diese Erklärung gebe ich für die von mir gesetzlich vertretene Person ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.



Unterschrift der gesetzlichen Vertreter _____