

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? Nein 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?

Datum: _____ Uhrzeit: _____

b) Wo ereignete sich der Unfall?

c) Handelte es sich um einen Verkehrsunfall?

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?

Nein Ja

Wenn Ja: Polizeidienststelle und Aktenzeichen: _____

e) Wurde ein Ermittlungsverfahren eingeleitet?

Nein Ja

Wenn Ja: Staatsanwaltschaft/Bußgeldbehörde, Aktenzeichen: _____

f) Handelte es sich um einen Berufsunfall?

Nein Ja

Wenn Ja: Berufsgenossenschaft und Aktenzeichen: _____

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

Nein Ja

Wenn Ja: Wann, was und welche Mengen: _____

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./Aktenzeichen

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 Lastschriftzug vereinbart ist):

IBAN <input type="text"/>	Name des Kontoinhabers <input type="text"/>
BIC <input type="text"/>	Name des Kreditinstituts <input type="text"/>

8. Schlussklärung

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 <input type="text"/>	Unterschrift des Versicherungsnehmers <input type="text"/>	Ort, Datum <input type="text"/>	Unterschrift der verletzten Person <input type="text"/>
---------------------------------	--	---------------------------------	---

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