

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?
Postleitzahl	Wohnort	☐ Nein ☐ Ja
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

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

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

Vers.schein-Nr./Aktenzeichen

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