

Unfallversicherung



Dieselstr. 2 – 6 • 97082 Würzburg

T: 0931 45075-0

info@dsv-wzbg.de • www.dsv-wzbg.de

Schadenanzeige zur **Unfallversicherung**

Schadennummer (sofern vorhanden)

Versicherungsscheinnummer

1. Angaben zum Versicherungsnehmer

1.1 Name:

1.2 Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

1.3 Bankverbindung für evtl. Entschädigung:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

2. Angaben zur verletzten Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird

2.1 Name:

2.2 Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

2.3 Geburtsdatum:

2.4 Bankverbindung für evtl. Entschädigung:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

2.5 Berufstätigkeit:

Arbeitgeber mit Anschrift:

2.6 Krankenversicherung besteht bei:
(Anschrift und Versicherungsschein-Nr. bzw.
Mitgliedsnummer)

2.7 Bestehen für die verletzte Person weitere
Unfallversicherungen?
(ggf. über Arbeitgeber, Sportverein,
Gewerkschaft etc.)

Nein

Ja, und zwar (Anschrift/Versicherungsschein-
Nr./Bearbeitungs-Nr.)

3. Angaben zum Unfall

3.1 Unfalldatum, Uhrzeit: Unfalldatum: _____ Uhrzeit: _____

3.2 Unfallort: _____

3.3 Nähere Beschreibung des Unfallortes:
(z.B. Büro, Werkstatt, etc.) _____

3.4 Unfallhergang: _____

Unfallursache:
(aus der Schilderung muss sich ein deutliches
Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf. bitte auf
gesondertem Blatt fortführen) _____

3.5 Arbeitsunfall? Nein Ja

Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeits-
oder Ausbildungsstätte? Nein Ja

Wird/wurde der Unfall der
Berufsgenossenschaft oder einem anderen
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
gemeldet? Nein Ja

3.5 Behördliche Unfallaufnahme?
(z.B. Polizei, Gewerbeaufsicht) Nein
 Ja, und zwar (Anschrift/Aktenzeichen/Telefon-Nr.)

3.6 Augenzeugen des Unfalls (bitte möglichst mit
vollständiger Anschrift): _____

3.7 Alkoholgenuss oder Einnahme von Drogen
oder Medikamenten 12 Stunden vor dem
Unfall? Nein
 Ja, und zwar (Art und Menge)

Blutprobeentnahme? Nein
 Ja, Ergebnis: _____ Promille

4. Fragen zu den Unfallfolgen und zur Unfallbehandlung

4.1 Verletzter Körperteil und Art der Verletzung: _____

4.2 Erfolgte eine stationäre Unfallbehandlung? Nein
 Ja, vom _____ bis _____

4.3 Erstmalige Unfallbehandlung (Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses): _____

Behandlungsbeginn: _____
Behandlungsende: _____

4.4 Weitere Unfallbehandlungen (Name und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser): _____

Behandlungsbeginn: _____
Behandlungsende: _____

Behandlungsbeginn: _____
Behandlungsende: _____

Behandlungsbeginn: _____
Behandlungsende: _____

5. Fragen zu Vorerkrankungen und Vorunfällen der verletzten Person

5.1 Lagen zur Zeit des Unfalles Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor? Nein Ja, folgende:

Resultiert daraus eine Invalidität, Rente, Pflegestufe oder Arbeitsunfähigkeit? Nein Ja, ggf. Grad der Behinderung _____ %
 Pflegestufe: _____ seit: _____
(Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

5.2 Von welchen Ärzten ist die verletzte Person in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall behandelt worden?

5.3 Früher Unfälle der verletzten Person? Nein Ja, und zwar (bitte Unfalldatum und betroffene Körperteile sowie die Art der Verletzung angeben):

6. Fragen bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

6.1 Kraftfahrzeug:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PKW | <input type="checkbox"/> Moped |
| <input type="checkbox"/> LKW | <input type="checkbox"/> Mofa |
| <input type="checkbox"/> Motorrad/-roller | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Amtl. Kennzeichen

Amtl. Kennzeichen

6.2 Fahrer:

Führerscheinklasse:

Fahrerlaubnis entzogen?

- Nein Ja

6.3 War die verletzte Person gem. Ziff. 2 des Fragebogens ordnungsgemäß angegurtet?

- Nein Ja

6.4 Fahrzeughalter:

6.5 Wie viele Insassen hatte das Unfallfahrzeug?

Namen und Anschriften aller Insassen:

7. Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen auch über meinen Tod hinaus.

Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung 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.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe.

x

Ort, Datum

x

Unterschrift Versicherungsnehmer

x

Unterschrift versicherte Person