

## Unfall-Schaden-Anzeige

(Bitte nutzen Sie ggf. ein Zusatzblatt, wenn der Platz auf diesem Formular für Ihre Antworten nicht ausreicht)

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr. :

<b>Angaben zur Verletzten Person</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	ausgeübter Beruf bzw. ausgeübte Tätigkeit
	Straße und Haus-Nr., Postleitzahl und Wohnort		

Telefon mit Vorwahl (privat)	Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)	eMail
------------------------------	------------------------------------	-------

Zuständiger Krankenversicherer (Anschrift und Zeichen)

Bestand vor dem Unfall Pflegebedürftigkeit?  
 nein       ja, Pflegestufe \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Wann und weswegen ist die versicherte Person in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall ärztlich behandelt worden?

Von welchen Ärzten (Bitte medizinische Fachrichtungen, Namen und Adressen angeben)

<b>Angaben zum Unfall</b>	Wann ereignete sich der Unfall? Datum                      Uhrzeit (0-24 Uhr)	Wo ereignete sich der Unfall (bitte genaue Bezeichnung)?
---------------------------	--	--

Was war die Unfallursache?	Es handelt sich um einen <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Wegeunfall <input type="checkbox"/> sonstigen (privaten) Unfall
----------------------------	--

Verletzte Körperteile und Art der Verletzung

Hadte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder sonstige Rauschmittel zu sich genommen?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____	Wurde ihr eine Blutprobe entnommen?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis? (ggf. Promillesatz)
---	--	----------------------------------

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Anschrift und Tagebuch-Nr.)?	Welche Personen waren bei dem Unfall zugegen? (Namen und Anschriften)
---	---

Welche Staatsanwaltschaft befasst sich mit dem Unfall (Anschrift und Aktenzeichen)?	Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet? (Anschrift und Aktenzeichen)
---	--

<b>Nur beantworten bei Verkehrsunfällen</b> Welches Fahrzeug hat die verletzte Person benutzt? <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Keines (Fußgänger)	Amtliches Kennzeichen?	War die versicherte Person im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Klasse _____
--	------------------------	---

Die verletzte Person war <input type="checkbox"/> Fahrzeuginsasse/Sozius <input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker  Anzahl der Insassen _____ (einschließlich des Fahrers)	Sicherheitsgurt angelegt?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr. :	Name der verletzten Person:
---	-----------------------------

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht ist es erforderlich, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf). Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Alternativen:

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der ERGO-Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden. Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.
- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

### Erklärungen für mitversicherte Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Ort

Datum

Unterschrift

**Angaben zum Unfallgeschehen** Genauer Schilderung des Unfallhergangs

<b>Angaben über ärztliche Behandlung</b>	Beginn der ärztlichen Hilfe nach dem Unfall? Datum <span style="margin-left: 150px;">Uhrzeit</span>	Name und Anschrift des Arztes
	Stationäre Behandlung vom <span style="margin-left: 50px;">bis</span>	Name, Anschrift und Abteilung des Krankenhauses
Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes		Ist die verletzte Person wieder arbeitsfähig? <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja, seit _____</span>

**Angaben zu anderen Unfallversicherungen** War oder ist die verletzte Person auch bei anderen Gesellschaften unfallversichert?

nein  ja, Name, Anschrift und Aktenzeichen der Gesellschaft

**Angaben zur Bankverbindung** Etwaige Versicherungsleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden

Konto-Nr. Bankleitzahl Name des Geldinstituts Kontoinhaber

Machen Sie entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen Ihre Auskunftspflichten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis der Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich das Hinweisblatt „Wichtige Fristhinweise“ erhalten habe.

Datum	Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-------	---	---------------------------------------

## Ärztliche Bescheinigung über die umseitig genannte verletzte Person

Unfalltag	Unfallzeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall	Alkoholeinfluss <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ____o/oo	ärztliche Behandlung beendet am
Diagnose				
Stationäre Krankenhausbehandlung vom <span style="margin-left: 100px;">bis</span>		in welchem Krankenhaus		
Ambulante chirurgische Operation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		Arbeitsunfähigkeit hat bestanden vom <span style="margin-left: 50px;">bis</span>	arbeitsfähig ab	

Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes
-------	-------------------------------------