

Unfallanzeige

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer	Agenturnummer	Schadensnummer
-----------------	---------------------------	---------------	----------------

Bitte zurücksenden an:

Anlage S 70

Versicherungsnehmer	Name, Vorname		
	Straße		PLZ, Wohnort
	Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefax privat

Angaben zur versicherten Person	Name, Vorname		Geburtsdatum
	Straße		PLZ, Wohnort
	Ausgeübter Beruf		seit wann ?

Angaben zum Unfallereignis	Schadentag	Uhrzeit	Ort
	Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Ja, Arbeitgeber (Adresse, Tel.-Nr.) <input type="checkbox"/> Nein	
	Hat d. Versicherte innerhalb von 36 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder sonstige berauschende Mittel zu sich genommen?		<input type="checkbox"/> Ja Wann <input type="checkbox"/> Nein
			Art und Menge
			Blutprobe <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis %
	Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Dienststelle mit Anschrift
			Aktenzeichen Telefon
	Zuständige Staatsanwaltschaft		Aktenzeichen

Ausführliche Unfallschilderung (ggf. gesondertes Blatt)	
---	--

Unfallfolgen	Verletzte Körperteile	Art der Unfallverletzung/Diagnose
--------------	-----------------------	-----------------------------------

Ärztliche Behandlung	Name, Anschrift und Fachrichtung der behandelnden/konsultierten Ärzte		
	Beginn der ärztlichen Behandlung		abgeschlossen <input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein
	Erfolgte oder erfolgt eine stationäre Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar von <input type="checkbox"/> Nein	bis

Vorerkrankung Gebrechen	Litt d. Versicherte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen? Wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Bestand bereits vor dem Unfall eine dauernde Gesundheitsschädigung? Wenn ja, welcher Art?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Wurde der Umfang eingeschätzt? Wenn ja, wie viel Prozent, z.B. MdE, AU, EU, GdB?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	%	
	Welche Ärzte wurden in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen? Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, sowie Behandlungsursache (ggf. gesondertes Blatt)			
Weitere Versicherungen	Ist d. Versicherte noch anderweitig unfallversichert? Falls ja, teilen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft, deren Anschrift und die dortige Versicherungsschein-Nummer mit.	<input type="checkbox"/> Ja, Gesellschaft:	<input type="checkbox"/> Nein	
	Versicherungsschein-Nummer	Ansprechpartner	Telefon	
	Wo ist d. Versicherte krankenversichert?	Gesellschaft:		
KFZ-Unfall	Fahrzeug	Kennzeichen	Fabrikat	<input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW
	Name, Anschrift des Fahrers/der Fahrerin			Anzahl der Insassen:
				Geburtsdatum
	verletzt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		angegurtet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Hatte der Fahrer zum Unfallzeitpunkt die erforderliche Fahrerlaubnis?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Namen, Anschriften weiterer Insassen			verletzt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein angegurtet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein verletzt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein angegurtet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bankverbindung	Auf welches Konto soll eine Leistung überwiesen werden?	Kontonummer	Bankleitzahl	
		Geldinstitut	Kontoinhaber	
Schlussklärung (bitte besonders beachten)	Ich nehme zur Kenntnis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, selbst, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Fragen dieser Unfallanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind, auch für den Fall, dass ich diese nicht selbst ausgefüllt habe.		Mir ist dabei bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen oder den von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.	
Schweigepflicht entbindung	Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen und Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren bzw. mit der Begutachtung beauftragt sind, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich diese von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungs-		ansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungen - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden.	
Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers		Unterschrift der volljährigen, verletzten Person	
Bescheinigung über stationäre Behandlung (nur vom Arzt oder Krankenhaus auszufüllen)	Sofern ein Krankenhaustagegeld versichert ist, reichen Sie uns bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer der stationären		Behandlung mit Diagnose ein oder lassen Sie die Angaben hier vom Arzt bestätigen (Daten nur vom Arzt einzusetzen):	
	Ich bestätige hiermit, dass sich d. umseitig Genannte allein wegen des Unfalles in stationärer Krankenhausbehandlung befand. Diagnose		Unfalltag	stationäre Krankenhausbehandlung von bis
	Ort, Datum		Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses	