



Schadenanzeige Unfallversicherung

Durch sorgfältiges Ausfüllen ermöglichen Sie eine schnelle Bearbeitung und ersparen Rückfragen. Es gilt das Angekreuzte.

Versicherungsnehmer

Schaden-Nr.

Mitgliedsnummer

Nachname, Vorname

Beruf

Straße, Haus-Nr.

Telefon

Postleitzahl, Wohnort

E-Mail

Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Striche oder sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

Verletzte Person

Nachname, Vorname

Beruf

Straße, Haus-Nr.

Telefon

Postleitzahl, Wohnort

Geburtstag

Unfallhergang

1. Wann und wo ereignete sich der Unfall?

Datum

Uhrzeit

Unfallort (Straße, Platz, Nr.)

2. Bei welcher Gelegenheit?

Arbeit/Schule/Kindergarten

auf dem Weg dorthin oder von dort

sonstige Gelegenheit

3. Unfallhergang/-ursache? Wie sind die Verletzungen entstanden? (evtl. gesondertes Beiblatt benutzen)

4. Worin bestehen die Verletzungen (Diagnose)? (evtl. gesondertes Beiblatt benutzen)

5. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Nein

Ja

Behörde

Aktenzeichen

6. Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen?

Nein

Ja

Ergebnis: _____ ‰

7. Wurde ein Drogentest durchgeführt?

Nein

Ja

Ergebnis: _____

Ärztliche Behandlung

8. Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum

Uhrzeit

Name und Anschrift des Arztes

9. War eine stationäre Behandlung erforderlich?

Nein

Ja

vom

bis

Name und Anschrift des Krankenhauses

10. Welche weiteren Ärzte sind an der Behandlung beteiligt? Wer ist der derzeit behandelnde Arzt? (evtl. gesondertes Beiblatt benutzen)

Name und Anschrift des Arztes

Vorerkrankungen und frühere Unfälle

11. Litt die versicherte Person vor Eintritt des Unfalls an Krankheiten/Gebrechen (dauerhafte Medikamenteneinnahme)?

Nein Ja

Art der Krankheiten oder Leiden

12. Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?

Nein Ja

Wann?

Höhe der Entschädigung

Von welcher Gesellschaft?

Art der Verletzung

13. Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente?

Nein Ja

Höhe der Rente %

Versicherungsträger

Höhe der Rente

14. War die versicherte Person vor dem Unfall dauernd pflegebedürftig?

Nein Ja

Seit wann? Pflegegrad: (bitte Kopie des Bescheids beifügen)

Weitere Versicherungen

15. Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen?

Nein Ja

Gesellschaft

Policennummer

16. Welcher Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?

Name und Anschrift

17. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen)

Name und Anschrift

Zahlung

Verrechnungsscheck

Überweisung auf nachstehendes Konto:

Kontoinhaber

Bank

IBAN

Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieses Verhaltens (Obliegenheit) hat für Sie die folgenden Konsequenzen: Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

Schweigepflichtentbindungserklärung:

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.

Möglichkeit I

Zu diesem Zweck befreie ich hiermit - mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar - die Angehörigen von Heilberufen, Krankenanstalten sowie weiteren Versicherern, 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.

Die erhobenen Gesundheitsdaten können von der NV-Versicherungen VVaG im erforderlichen Umfang zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche an externe berufskundliche oder medizinische Gutachter übermittelt werden, welche ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen.

Möglichkeit II

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 Informationsquelle die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Datum

Unterschrift der verletzten Person