Märkischer Versicherungsservice GmbH

Leschke & Langhagel

A s s e k u r a n z m a k l e r • Im Verbund der Martens & Prahl Gruppe

Unfall-Schadenanzeige

Versicherer: _____ IBAN: _____
VS- Nummer: _____ BIC: _____
_____ Bank: _____

1. Versicherungsnehmer

Name: _____
Anschrift: _____
_____
Beruf: _____
Geburtsdatum: _____

2. Verletzte Person

Name: _____
Anschrift: _____
_____
Beruf: _____
Geburtsdatum: _____

3. Unfalltag und –ort

Datum: _____
Uhrzeit: _____
Ort _____

4. Unfallhergang

(Wie war der genaue Hergang des Unfalls? Bitte auch die Ursache des Unfalls angegeben ggf. Skizze.)

5. Zeugen

Name: _____
Anschrift: _____
_____

6. Polizeiliche Aufnahme

Unfallaufnahme durch die Polizei? ☐ nein ☐ ja
Dienststelle und Aktenzeichen: _____

7. Bei Autounfall

War die versicherte Person Fahrer? ☐ja ☐nein
Fahrerlaubnis vorhanden? ☐ja ☐nein
Fahrzeugart: _____
Kennzeichen: _____

8. Was hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall zu sich genommen? Gab es Bewusstseinsstörungen vor dem Unfall?

Alkohol ☐ja ☐nein
Art und Menge: _____
Medikament ☐ja ☐nein
Art und Menge: _____
Drogen ☐ja ☐nein
Art und Menge: _____
Blutprobenentnahme ☐ja ☐nein
Ergebnis: _____
Vorher eingetretene Bewusstseinsstörung ☐ja ☐nein
(Ohnmacht, Schwindelanfall)
Wenn ja, welche? _____

9. Unfallfolgen (Art und Umfang der Verletzung, inklusive medizinische Unterlagen)

10. Unfallart

☐Freizeitunfall ☐Berufsunfall
Bei Berufsunfall nennen Sie bitte Namen und Anschrift des Arbeitgebers, der Berufsgenossenschaft sowie das Aktenzeichen:

11. Ärztliche Behandlung

☐nein ☐ja, stationär ☐ja, ambulant
Behandlung vom – bis: _____
☐ist beendet
Behandelnder Arzt: _____

Weiterbehandlung geplant: ☐nein ☐ja, stationär ☐ja, ambulant
Ist mit Folgeschäden zu rechnen? ☐nein ☐ja ☐unbekannt
Wenn ja, welche?

12. Bei tödlichem Ausgang

Datum: _____
Uhrzeit: _____
Sterbeort: _____
Feststellender Arzt:

13. Vorschäden, Vorerkrankungen

Frühere Unfälle? ☐nein ☐ja
Datum: _____
Folge:

Leidet oder litt die versicherte Person an Krankheiten, Gebrechen oder Folgen früherer Unfälle, die zu einer regelmäßigen Behandlung, mehr als 14-tägigen Arbeitsunfähigkeit oder einer stationären Behandlung führten? ☐nein ☐ja
Falls ja, was?
Krankheiten _____
Gebrechen _____
Unfallfolgen _____

Behandelnden Ärzte

_____

_____

_____

14. weitere Unfall-, Insassenunfallverträge oder Lebensversicherungen mit Unfallzusatz?

☐nein ☐ja Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____

Schweigepflichtentbindungserklärung

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat.
Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben oder die Nichtvorlage angeforderter schadens-/leistungsrelevanter Unterlagen zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben oder grob fahrlässig unterbliebener Vorlage der Unterlagen kann die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens gekürzt werden. Dies ist nicht der Fall, wenn ich nachweisen kann, dass ich nicht grob fahrlässig gehandelt habe.

Zur Beurteilung der Leistungspflicht meines Versicherers kann es erforderlich sein, dass die Angaben geprüft werden, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht wurden oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (zum Beispiel Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (zum Beispiel bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte kreuzen Sie eine der beiden folgenden Varianten an:

☐ Zu diesem Zweck entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht Ärzte, 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 Mitarbeiter meines Versicherers selbst entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.
Mein Versicherer wird mich bei einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.
Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

☐ Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich mein Versicherer - falls erforderlich - in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mit ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.
Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall ist mein Versicherer berechtigt, eine Kostenbeteiligung zu verlangen.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers/Verletzten	Unterschrift Vermittler

Einzureichende Unterlagen Unfallschäden

☐ ausgefüllte Schadenanzeige
☐ Krankenhausbescheinigung mit Diagnosenummer
☐ Liste der behandelnden Ärzte