

Martens & Prah
Versicherungskontor GmbH Rostock
August- Bebel- Str. 89
18055 Rostock

Unfallschadenanzeige

Schadenanzeige zur **Allgemeinen Unfallversicherung** **Krafftahrt-Unfallversicherung**

Versicherer	Schaden-Nr. VR:
VS-Nr.	

Versicherungsnehmer(in):	Kunden-Schadennr. _____
Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	Wohnort: _____
Telefon: _____	Mobil: _____
E-Mail _____	Telefax: _____

Verletzte Person:	
Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____	Ausgeübter Beruf: _____
Telefon: _____	Mobil: _____
E-Mail _____	Telefax: _____

Unfallereignis:	
Schadentag: _____	<u>Unfallort mit Postleitzahl</u> _____
Schadenzeit: _____	

Bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> bei der Arbeit	<input type="checkbox"/> Wegeunfall von/zur Arbeitsstätte
	<input type="checkbox"/> in der Schule/im Kindergarten	<input type="checkbox"/> Wegeunfall von/zur Schule
	<input type="checkbox"/> Sportunfall	<input type="checkbox"/> Unfall im Straßenverkehr
	<input type="checkbox"/> im Haushalt	<input type="checkbox"/> bei sonstiger Gelegenheit:
	<input type="checkbox"/> beim Einkaufen	

Unfallhergang		
Wie hat sich der Unfall ereignet? Wodurch wurde der Unfall verursacht? Bitte diese Frage ausführlich beantworten, so dass sich ein deutliches Bildes des Unfalls ergibt (ggfs. gesondertes Blatt verwenden und/oder Skizze beifügen)		
<u>Verletzte(r) Körperteil(e)/Art der Verletzung</u>		
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<u>Polizeidienststelle (Anschrift)</u> Aktenzeichen:
Wurde der Vorgang an die Staatsanwaltschaft gegeben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<u>Anschrift:</u> Aktenzeichen:
Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Medikamente/Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<u>Wann, was, wie viel?</u>
	<u>Medikamente/Rauschmittel</u>	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<u>Wann, was, wie viel?</u>
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	und zwar
Ärztliche Behandlung:		
Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	Datum: _____	Uhrzeit: _____
	<u>Name, Anschrift des Arztes:</u>	

War eine stationäre Behandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift des Krankenhauses: _____	
		von wann bis wann (einschließlich):	
Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?	Namen, Anschriften:		Ab welchem Tag?
Finden z.Zt. noch ärztliche Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Voraussichtliche Behandlungsdauer: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____
Wer ist der behandelnde Arzt?	Name, Anschrift des Arztes:		
Ist zu befürchten, dass der Unfall auf Dauer verbleibende Beeinträchtigungen hinterlässt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> noch nicht abzusehen	
Besteht noch eine Beeinträchtigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen	
Bei Schüler/innen: Schulausfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Tage	

Vorschädigungen/Vorerkrankungen			
Stand die verletzte Person in den letzten 5 Jahren wegen früherer Unfälle bzw. Verletzungen oder Krankheiten in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann und wegen welcher Diagnose?	
		Bei welchen Ärzten (Name/Anschrift)	
Hadte die verletzte Person bereits Beschwerden an dem/den jetzt verletzten Körperteil(en) oder Sinnesorgan(en)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann und welche?	
Hausarzt der verletzten Person:	Name/Anschrift		

Weitere Versicherungen:	
Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfall-, Insassen-, Unfall-Tagegeld bzw. Krankenhaustagegeld-Versicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<u>Name(n), Anschrift(en), Vers.-Nr., Vers.-Summen:</u>	
Bei welcher gesetzlichen Unfallversicherung ist die verletzte Person versichert?	<u>Name(n), Anschrift(en), Vers.-Nr.</u> (z.B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung)
Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?	<u>Name(n), Anschrift(en), Vers.-Nr. der Krankenkasse / Krankenversicherung</u>
Hat die verletzte Person bereits Versicherungsleistungen aufgrund von Unfällen erhalten oder wird aufgrund von Unfällen oder Krankheiten eine Rente bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<u>Von wem / Wann?</u>	
<u>Wegen welcher Gesundheitsbeeinträchtigung?</u>	
Erwerbsminderung von %	

Kraftfahrzeugunfälle (bitte nur bei Kraftfahrzeugunfällen beantworten)

Welches KFZ wurde bei der Fahrt benutzt?	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Krafträder (Mofa/Moped/Motorrad) <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/>	<u>Polizeiliches Kennzeichen</u> <u>Fabrik-Marke</u> <u>Fahrgestell-Nr.</u> <u>Zahl der Sitzplätze</u>
Wer ist Halter(in) des Kfz?	<u>Name und Anschrift</u>	
Wie viel Insassen saßen im Kfz?	Anzahl einschl. Fahrer: Welche Insassen hatten den Sicherheitsgurt angelegt?	
Wer war Fahrer(in) des Kfz?	<u>Name und Anschrift</u>	

Welchen Führerschein besitzt der/die Fahrer(in)?	Führerscheinklasse _____ Ausstellungsdatum, Ausstellungsort _____
Führerschein gültig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____ ‰
Bei Kradunfällen: Bitte die Kopie der Fahrerlaubnis der FahrerIn/des Fahrers und des Fahrzeugscheines beifügen	

Schweigepflichtentbindung

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, 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, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden Möglichkeiten:

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.
Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und 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 der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungspflicht, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Diese Erklärung gebe ich für die/den gesetzlich von mir vertretene(n) _____ ab,
die /der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Zahlung	<input type="checkbox"/> Überweisung auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck
Konto-Nr.:	_____	BLZ: _____
Kontoinhaber:	_____	
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort/ Datum

Unterschrift **Versicherungsnehmer**

Ort/ Datum

Unterschrift **versicherte Person**

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist bzw. Gliedmaßen oder Sinnesorgane in ihrer Funktion dauerhaft beeinträchtigt sind (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb von 12 / 15 Monate nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 15 / 18 Monate nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden ist.

Sie müssen die Invalidität außerdem innerhalb von 15 / 18 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend machen, und zwar auch dann, wenn Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben – die Einreichung einer Unfallschadenanzeige ist keine Geltendmachung Ihrer Invaliditätsansprüche.

Versäumen Sie die Frist für die ärztliche Feststellung, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.