

UNFALLMELDUNG		Versicherungsmakler:
Name Versicherungsnehmer:		
Straße, Nr.:		
PLZ, Ort:	Versicherer:	
Telefon:		VS-Nr.:
eMail:		Schaden-Nr.:
1. Angaben zur verletzten Person	Name:	_____
	abweichende Anschrift:	_____
	Geburtsdatum:	_____
	Familienstand:	_____
	Telefon privat:	_____
	Telefon geschäftlich:	_____
	Beruf / Beschreibung:	_____
Name / Anschrift Arbeitsstätte:		_____
2. Unfallhergang	Unfalldatum / Uhrzeit:	_____
	Unfallort:	_____
	Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt:	_____
	Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Ereignete sich der Unfall während einer Dienstreise? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ausführliche Unfallschilderung (ggf. bitte ein gesondertes Beiblatt verwenden):		
3. Gesundheitsschädigung	verletzte(r) Körperteil(e):	_____
	Art der Verletzung(en):	_____
4. Weitere Angaben zur verletzten Person	Wurden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Drogen eingenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis der Blutprobe: _____ ‰	
5. Verkehrsunfall	Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt? _____	
	Die verletzte Person war ...: <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
	Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Angabe von Aktenzeichen, Behörde: _____	
6. Arzt-/Krankenhausbehandlung	Erste ärztliche Hilfe am / von Arzt:	Weiterbehandlung / Überweisung an:
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
7. Arbeitsunfähigkeit	Ist die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer: _____	

8. Vorerkrankungen	<p>Hat die verletzte Person wegen anderer Erkrankungen oder früherer Unfälle in den letzten 5 Jahren einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben zu:</p> <p>Bezeichnung der Unfälle / Art der Verletzungen / Krankheiten / Jahr: (evtl. Beiblatt verwenden)</p> <table border="1" data-bbox="368 300 1449 434"> <tr><td>1.</td></tr> <tr><td>2.</td></tr> <tr><td>3.</td></tr> </table>		1.	2.	3.						
1.											
2.											
3.											
9. Renten	<p>Erhält die verletzte Person eine Rente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben zu Art der Rente:</p>										
10. Andere Versicherungen (evtl. Beiblatt verwenden)	<p>Bestehen oder bestanden noch weitere Unfall- oder Insassenunfallversicherungsverträge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Angaben:</p> <table border="1" data-bbox="368 595 1449 719"> <thead> <tr> <th>Versicherer:</th> <th>Versicherungsnummer:</th> <th>Versicherungssumme:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert?</p> <p>Name: _____</p> <p>Unfallmeldung erfolgte am: _____</p> <p>Welcher Krankenkasse / Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?</p> <p>Versicherer: _____ mit Krankenhaustagegeld: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Unfallmeldung erfolgte am: _____</p>		Versicherer:	Versicherungsnummer:	Versicherungssumme:	1.			2.		
Versicherer:	Versicherungsnummer:	Versicherungssumme:									
1.											
2.											
11. Bankverbindung für Leistungen	<p>BIC: _____ Kontoinhaber: _____</p> <p>IBAN: _____ Name der Bank: _____</p>										
12. Wichtige Hinweise / Schlussklärung	<p>Ich erkläre hiermit, 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. Bewusst falsche oder unvollständige Angaben können - auch wenn dadurch kein Nachteil für den Versicherer entsteht - den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken. Es ist mir bekannt, dass die grob fahrlässige, vorsätzliche oder arglistige Verletzung der Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen kann. Die Details zu den Pflichten im Schadenfall kann ich dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen entnehmen.</p> <p>Der Makler ist bevollmächtigt an der Erfüllung des Vertrages anlässlich dieses Schadens mitzuwirken. Diese Vollmacht erstreckt sich insoweit auch auf die Entgegennahme sämtlicher Willenserklärungen und Informationen gegenüber dem Versicherer und anderen an der Schadenbearbeitung Beteiligten (z. B. Sachverständige). Der Versicherer und andere Beteiligte werden insoweit ausdrücklich von allen datenrechtlichen Schutzvorschriften gegenüber dem Makler entbunden.</p> <p>Invaliditätsleistung: Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung setzt voraus, dass die körperliche/geistige Leistungsfähigkeit oder eine Gliedmaße/ein Sinnesorgan durch den Unfall auf Dauer beeinträchtigt ist (Invalidität). Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 18 Monaten von Ihnen geltend gemacht werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde. Im Einzelfall können zu Ihren Gunsten verlängerte Fristen vereinbart sein, die aus den Versicherungsbedingungen ersichtlich sind.</p> <p>Übergangsleistung (soweit mitversichert): Ein Anspruch auf Übergangsleistung muss spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes von Ihnen geltend gemacht worden sein. Das gilt unabhängig davon, ob uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde. Wird die Frist zur Geltendmachung versäumt, kann dies zum Verlust des Anspruches auf Übergangsleistung führen.</p> <p>Weitere Leistungsarten: Beachten Sie bei weiteren Leistungsarten bitte unbedingt die in den Versicherungsbedingungen vermerkten Fristen.</p>										
13. Schweigepflichtentbindung	<p>Mir ist 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 (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir verantworteten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Des Weiteren ist mir bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, die folgende pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben. Ich habe stattdessen die Möglichkeit, die vom Versicherer für die Anspruchsprüfung benötigten Unterlagen auf konkrete Einzelanforderung hin auch selbst zu beschaffen oder im Einzelfall über eine Entbindung von der Schweigepflicht nach freiem Ermessen zu entscheiden. Diese Alternative kann zur Verzögerung bei der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall ist der Versicherer berechtigt, eine angemessene Kostenbeteiligung zu verlangen. Von dieser Möglichkeit mache ich jedoch keinen Gebrauch.</p> <p>Ich befreie hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörige von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger von ihrer Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Ferner stimme ich einer Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an einen ärztlichen Gutachter zu. Diese Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir zu jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.</p> <p>Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, der / die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.</p>										
14. Unterschrift	<p>Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers:</p>	<p>Unterschrift der verletzten Person / gesetzlicher Vertreter:</p>									