

Bitte zurücksenden an:

FINANZ-TEAM
Wolfgang Klausz
Plinganserstr. 40 a
81369 München

office@finanz-team.info
Fax: 089 747 134 10
Tel.: 089 747 134 0

Name und Anschrift Versicherungsnehmer/in

Schadenanzeige zur
Unfallversicherung

Gesellschaft
Vers.-Schein-Nr.
Schaden-Nr.:

Beruf: _____

Telefon privat : _____

Telefon gesch. _____

Versicherte Person: _____

Geburtstag: _____

Beruf: _____

Plz / Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon gesch. _____

Wann ereignete sich der Unfall (Datum, Uhrzeit) ? _____

Wo ereignete sich der Unfall ? _____

Wie war der genaue Hergang des Unfalls ?

Welche Zeugen haben den Unfall gesehen ?

Sind behördliche Feststellungen getroffen worden ? _____

Von welcher Dienststelle, Tagebuchnummer ? _____

Ggf. welche Staatsanwaltschaft ? _____

Aktenzeichen ? _____

Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen ? Ja Nein

Wenn ja, Art und Menge:

Wurde eine Blutprobe entnommen ? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis:

Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung zurückzuführen ?

War die versicherte Person als Lenker eines Fahrzeuges im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis ? Ja Nein

Führerschein und Klasse:

Welche Verletzungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind entstanden ?

Ist die versicherte Person wieder arbeitsfähig ? Ja Nein Wenn ja, seit :

Welcher Arzt leistete erste Hilfe ?

Wann fand die erste Behandlung statt ?

Welche Ärzte behandelten weiter ?

Wie lange hat die stationäre Behandlung im Krankenhaus gedauert ?

Wie lange wird sie voraussichtlich noch dauern ?

Wie lange wird die ambulante Behandlung voraussichtlich noch dauern ?

Leidet oder litt die versicherte Person an einer ernsten Erkrankung oder Gebrechen?

Welche Ärzte behandelten diese Erkrankungen ?

Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente ?

Ja Nein Wenn ja, welche ?

Hat die versicherte Person schon früher Unfälle erlitten ?

Hat sie dafür Invaliditätsentschädigungen erhalten ?

Bestehen für die versicherte Person weitere eigene Unfallversicherungen ?

Ja Nein

Wenn ja, wo und in welcher Höhe ?

Bestehen außerdem fremde Unfallversicherungen ? Ja Nein

Wenn ja, wo und in welcher Höhe ?

Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet ? Ja Nein

Wenn ja, bei wem und wann ?

Sonstiges

Ich erkläre hiermit, dass die Angaben von mir wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden. Es ist mir bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum teilweisen oder gänzlichen Verlust des Anspruches führen können.

Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung der geltend gemachten Ansprüche die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den übermittelten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) sowie aus Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Damit der Versicherer die notwendigen Prüfungen durchführen kann, ist eine Schweigepflichtentbindungserklärung erforderlich. Die Schweigepflichtentbindungserklärung kann entweder für jede erforderliche Einzelanfrage des Versicherers oder generell für alle zur Abwicklung des Schadenfalles erforderlichen Anfragen erteilt werden. Die Abgabe einer generellen Schweigepflichtentbindungserklärung ist in der Regel zweckmäßig, weil sich oft erst im Nachhinein ergibt, ob und ggf. welche weiteren Informationen für die sachgerechte Prüfung benötigt werden. Wenn die generelle Schweigepflichtentbindungserklärung erteilt wurde, kann der Versicherer ohne zusätzliche Rückfragen und ohne die damit notwendigerweise verbundenen Verzögerungen die erforderlichen Prüfungen durchführen.

Bitte kreuzen Sie an, für welche Alternative Sie sich entscheiden:

Generelle Schweigepflichtentbindungserklärung gem. Anlage

Schweigepflichtentbindung je Einzelfall

Eine generelle Schweigepflichtentbindung für die Abwicklung des gesamten Schadenfalles gebe ich nicht ab. Daher teilt mir der Versicherer – falls erforderlich – mit, von welchen Personen oder Behörden eine Auskunft benötigt wird. Ich erkläre dann jeweils schriftlich, ob ich die genannten Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde oder ob ich die benötigten Auskünfte auf eigene Initiative und Verantwortung beschaffe und dem Versicherer vorlege. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zu einer Verzögerung der Schadenbearbeitung führen kann.

Ort und Datum _____

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

Unterschrift der versicherten Person

X

Unterschrift des gesetzl. Vertreters

X

Unterschrift des gesetzl. Vertreters

Auskunftsermächtigung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Name, Vorname (der verletzten Person): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Betrifft: Unfall/Schadenfall vom: _____ -

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, die mit der Heilbehandlung betraut worden sind oder die in den zur Anspruchsbegründung vorgelegten Unterlagen genannt sind, von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen auch über meinen Tod hinaus.

Ich ermächtige andere Versicherungsgesellschaften –mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern-, Behörden und sonstige Institutionen, die aus Anlass des oben bezeichneten Unfalls/Schadenfalls tätig wurden oder zukünftig tätig werden, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Sofern zur medizinischen Beurteilung der Unfallfolgen auf unfallunabhängige Erkrankungen und Vorschädigungen eingegangen werden muss, bezieht sich meine Erklärung auch hierauf.

Weiterhin ermächtige ich meinen Arbeitgeber, Informationen über meinen dortigen Tätigkeitsbereich zur Verfügung zu stellen.

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

Erklärung für Kinder und gesetzlich vertretene Personen: Vorstehende Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.*

Diese Auskunftsermächtigung und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bin nicht verpflichtet, die vorstehende pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben. Von der Möglichkeit, stattdessen die für die Anspruchsprüfung benötigten Unterlagen auf konkrete Einzelanforderung hin auch auf eigene Initiative und Verantwortung selbst zu beschaffen bzw. im Einzelfall über eine Entbindung von der Schweigepflicht nach freiem Ermessen zu entscheiden, mache ich jedoch keinen Gebrauch.

Ort, Datum

X

Unterschrift der verletzten Person oder des gesetzlichen Vertreters

* Kinder sollten spätestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres eine eigene Erklärung abgeben