

# UNFALLANZEIGE

## Unfallversicherung (und Kraftfahrtunfallversicherung)

Versicherungsscheinnummer:

Schadenummer:

MAtS-Vorgangsnummer:

Agenturnummer:

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon-Nr. privat:

Mobiltelefon:

Telefon-Nr. geschäftlich:

Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß und teilen Sie uns alles mit, was Sie über den Vorfall wissen; auch scheinbar Nebensächliches kann wichtig sein. Anderenfalls können Sie den Anspruch auf die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verlieren. Lesen Sie dazu bitte auch die beigefügte Belehrung "Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit".

Verletzte versicherte Person  
(bei mehreren Verletzten bitte jeweils ein Formular ausfüllen)

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Ausgeübter Beruf:

Wird im Beruf körperlich oder handwerklich gearbeitet oder mitgearbeitet?

Nein  Ja

Wenn ja, seit wann?

Allgemeine Fragen

Ereignete sich der Unfall		
- in Ausübung des Berufs, in der Ausbildungsstätte (z. B. Schule, Universität usw.)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- auf dem Weg zu oder von der Arbeit bzw. Ausbildungsstätte (auch Veranstaltungen)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- bei einer Tätigkeit im oder für den Haushalt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
- in sonstigen Lebensbereichen (z. B. Hobby, Sport usw.)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Unfalltag:

Uhrzeit:

Unfallort:

Wodurch wurde der Unfall verursacht? Wie war der Hergang?

(Bitte ausführliche Schilderung; ggf. gesondertes Blatt beifügen)

Welche Körperteile wurden verletzt?	
Art der Verletzung:	
Besteht Arbeitsunfähigkeit?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise                      von/bis:
Stationäre Behandlung?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                      von/bis:
Wo?	
*(Bitte Bescheinigung mit Diagnose beifügen)	

Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, Art:                      Menge:
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, mit welchem Ergebnis?                      ‰

Zeugen des Unfalles:  Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  Wenn ja, von welcher Polizeidienststelle:  Zuständige Staatsanwaltschaft:	Name/Anschrift: Name/Anschrift: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  Tagebuch-Nr.:  Aktenzeichen:
--	---

Wann wurde erste ärztliche Hilfe geleistet?  Durch wen?  Welche Ärzte wurden noch hinzugezogen?  Wer ist der zur Zeit behandelnde Arzt?  Ist dieser gleichzeitig der Hausarzt?  Wann wurde die Behandlung beendet?	Datum:                      Uhrzeit:  Name/Anschrift:  Name/Anschrift:  Name/Anschrift:  Name/Anschrift:  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  Datum:
--	---

Leidet oder litt die verletzte Person an einer Gesundheitsstörung, chronischen Erkrankung oder sonstigen Gebrechen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, woran?
Behandelnde Ärzte:	Name/Anschrift:
	Name/Anschrift:
Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, welche Verletzungen hat sie dabei erlitten?
Hat sie dafür eine Versicherungsleistung erhalten/beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, von wem?

Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen? (Bei mehr als 2 bitte extra Blatt )	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, Gesellschaft: Versicherungsschein-Nr.:
	Gesellschaft: Versicherungsschein-Nr.:
Zuständige Berufsgenossenschaft:	Name/Anschrift:
Zuständige Krankenversicherung/Krankenkasse:	Name/Anschrift:

Bei Verkehrsunfällen	
Welches Kraftfahrzeug wurde benutzt?	<input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Kraftrad <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Sonstige
Amtliches Kennzeichen:	
Halter:	Name/Anschrift:
Lenker:	Name/Anschrift:
Führerschein des Lenkers:	Klasse:                      ausgestellt am:
	von:
Ist die verletzte Person angestellter Kraftfahrer/Beifahrer des Versicherungsnehmers?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wieviele Personen befanden sich insgesamt bei Eintritt des Unfalles im Kraftfahrzeug?	Anzahl:
	Name:                      Geburtsdatum:                      angegurtet:
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Wohin soll die Zahlung erfolgen?

Kontoinhaber/in:

Institut:

BLZ:

Konto-Nr.:

#### Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass falsche oder lückenhafte Angaben zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsanspruches führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person  
(im Todesfall des/der Erben, bei  
Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

#### Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt der " Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit".

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person  
(im Todesfall des/der Erben, bei  
Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und zur Verwendung von  
Gesundheitsdaten zum Zwecke der Leistungsprüfung

Unfall vom:

Name, Vorname der verletzten Person :

Versicherungsschein- oder Schadennummer:

Hinweis: Zur Beurteilung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, 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).

#### Schweigepflichtentbindung

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

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, sonstige Behandler (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten) 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
  - 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 jeweils 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 Schadenregulierung, Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

#### Verwendung von Gesundheitsdaten

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Leistungsprüfung durch die Mannheimer Versicherung AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person  
(im Todesfall des/der Erben, bei  
Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Für den Kunden

Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG  
über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles  
bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, bedarf es Ihrer Mitwirkung.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Gemäß den versicherungsvertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Darüber hinaus können wir verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.