

## Schadenanzeige Unfallversicherung

**thornsconsult**

Wirtschaftsberatung GmbH

- Schadenabteilung –

Vilsendorferstraße 20

33739 Bielefeld

Sie erreichen uns unter:

E-Mail: info@thornsconsult.de

Telefon: 05206 70 70 400

Fax: 05206 70 70 444

**Bitte bewahren Sie die beschädigten Gegenstände bis zum Abschluss der Schadenprüfung auf.**

Gesellschaft

Vertragsnummer

### 1. Versicherungsnehmer

Anrede

Frau  Herr

Geburtsdatum

E-Mail

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Mobil

Postleitzahl, Ort

Vorsteuerabzugsberechtigung

Ja  Nein

### 2. Ansprechpartner (sofern abweichend vom Versicherungsnehmer)

Name, Vorname

Telefon

E-Mail

### 3. Informationen zum Unfall

Unfalltag

Uhrzeit

Unfallort: Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Wie hat sich der Unfall zugetragen (Hergang und Ursache)?

## Schadenanzeige Unfallversicherung

---

Es handelt sich um einen

- Freizeitunfall                       Berufsunfall  
 Unfall als Insasse eines Kfz (Bitte Fragen zu 4. beantworten)
- 

### 4. Zusatzinformationen bei einem KFZ-Unfall

Waren Sie zum Unfallzeitpunkt angeschnallt?

- Ja    Nein

Waren Sie Fahrer des Fahrzeuges?

- Ja    Nein

Wenn Nein, dann Angaben zum Fahrzeuglenker

#### 4.1. Fahrzeuglenker

Anrede

- Frau    Herr

Geburtsdatum

E-Mail

Name, Vorname

Telefon, Telefax oder Mobil

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Amtliches Kennzeichen

Fahrzeugart

Hatte der Fahrer zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein?

- Ja    Nein

Wurde eine Blutprobe entnommen?

- Ja    Nein

Ergebnis in ‰

### 5. Zeugen (falls mehrere, bitte auf einem gesonderten Blatt vermerken)

Anrede

- Frau    Herr

Geburtsdatum

E-Mail

Name, Vorname

Telefon, Telefax oder Mobil

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

### 6. Verletzte versicherte Personen (sofern abweichend vom Versicherungsnehmer)

Anrede

- Frau    Herr

Geburtsdatum

E-Mail

Name, Vorname

Telefon, Telefax oder Mobil

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

## Schadenanzeige Unfallversicherung

### 7. Verletzungsfolgen

Welche(r) Körperteil(e) wurde(n) verletzt?

Welche Verletzungen sind eingetreten?

Wie lange wird (voraussichtlich) die gesamte ärztliche Behandlung dauern?

Ist vollständige Heilung zu erwarten?

Ja  Nein

#### 7.1. Welcher Arzt wurde zuerst aufgesucht?

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

#### 7.2. Wer ist der aktuell behandelnde Arzt? (falls abweichend vom zuerst aufgesuchten Arzt)

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

#### 7.3. Wurde die/der Verletzte stationär behandelt?

Ja  Nein

Krankenhaus

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Dauer des Aufenthaltes von

bis (voraussichtlich)

Bescheinigung über den Aufenthalt

folgt

liegt bei

### 8. Sonstiges

Erfolgte eine polizeiliche Aufnahme?

Ja  Nein

Anschrift der Dienststelle

Aktenzeichen

### 9. Anderweitiger Versicherungsschutz

Bestehen noch weitere Unfallversicherungen?

Ja  Nein

Gesellschaftsname

Versicherungsnummer

Wo ist die/der Verletzte krankenversichert?

Gesellschaftsname

Versicherungsnummer

## Schadenanzeige Unfallversicherung

### 10. Konto für Entschädigung

Kontoinhaber

Name Kreditinstitut

IBAN

BIC

## Schadenanzeige Unfallversicherung

### 11. Wichtige Hinweise

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe.

Es ist uns gesetzlich vorgeschrieben, Sie auf die nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten und die Rechtsfolgen im Falle der Zuwiderhandlung hinzuweisen:

- 11.1.** Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten
- 11.2.** Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; vom Versicherer darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 11.3.** Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
- 11.4.** Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 11.5.** Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn dem Versicherer der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Bei Verletzung dieser Obliegenheiten kann der Versicherungsschutz gänzlich entfallen oder der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte ist zur Kürzung der Leistung berechtigt. Bei vorsätzlich falschen Angaben entfällt der Versicherungsschutz nur dann nicht, sofern diese Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Versicherungsleistung ursächlich war. Dies gilt nicht bei Arglist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem angemessenen Verhältnis zum Verschuldensgrad zu kürzen, soweit auch hier ein kausaler Zusammenhang besteht. Die Beweislast für das Nichtvorliegen von grober Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

### 12. Schweigepflichtentbindung

Zur Beurteilung der Leistungspflicht der Gesellschaft (Gesellschaftsname siehe Seite1) kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z. B. 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 (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

**Bitte kreuzen Sie eine der beiden folgenden Varianten an.**

**generelle Entbindung**

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 der o.g. Gesellschaft selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die o.g. Gesellschaft wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

**Entbindung im Einzelfall**

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die o.g. Gesellschaft – 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. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung bei der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Ort Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift versicherten Person