

Gesundheits-schädigung

Art und Umfang der Gesundheitsschädigung: _____

Ärztliche Be-handlung

Beginn der ersten ärztlichen Behandlung: _____ Uhrzeit: _____

Name und Anschrift des **erst**behandelnden Arztes: _____

Name und Anschrift der **jetzt** behandelnden Ärzte: _____

Krankenhaus-aufenthalt

Krankenhausaufenthalt nein ja von _____ bis _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Geistes- oder Bewußtseins-störungen

Ist der Unfall auf eine zuvor eingetretene Geistes- oder Bewußtseinsstörung zurückzuführen? z.B. nein ja
Schwindel, Ohnmacht, Epilepsieanfall, schweres Nervenleiden oder Schlaganfall

Welcher Art: _____

Frühere Unfälle

Hatte der Verletzte schon frühere Unfälle? nein ja Art der Verletzung: _____

Hat der Verletzte deswegen eine Entschädigung erhalten? (Name und Anschrift der Gesellschaft) nein ja _____

Bezieht oder bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle Rentenzahlungen? nein ja Rentenzahler/Aktenzeichen: _____

Zustand vor dem Unfall

War der Verletzte unmittelbar vor dem Unfall völlig gesund? nein ja

An welchen Krankheiten hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten? Seit wann? _____

Bei welchem Arzt war der Verletzte deswegen in Behandlung? _____

Weitere Versi-cherungen

Ist der Verletzte Mitglied einer privaten Kranken-versicherung? nein ja Gesellschaft/Versicherungsschein-Nr.: _____

War der Verletzte am Unfalltag noch ander-weitig gegen Unfall versichert? (Sportverein etc.) nein ja Gesellschaft/Versicherungsschein-Nr.: _____

Vorversiche-rungen

Ist schon einmal eine für den Verletzten be-stehende Unfallversicherung gekündigt oder ein Unfallantrag abgelehnt worden? nein ja durch VN durch VR: _____

Gesellschaft/Versicherungsschein-Nr.: _____

Rechtsanwalt

Hat der Verletzte einen Rechtsanwalt mit der Geltendmachung von Ersatzansprüchen gegen den Unfallverursacher beauftragt? nein ja Name, Anschrift des Rechtsanwaltes: _____

Schweigepflicht-Entbindung

Schweigepflicht-Entbindungserklärung für die Schadenanzeigen in der Unfallversicherung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht zur Prüfung meiner Leistungsansprüche, auch über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) Minderjährige(n) ab.

Schlussklä-rung

Schlussklärung:
Die genaue und vollständige Beantwortung vorstehender Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalles und hinsichtlich der Leitungspflicht für den Versicherer von erheblicher Bedeutung. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich sie nicht selbst geschrieben habe.

Zahlung

Wie wünschen Sie die Entschädigung? per Überweisung auf Konto _____ BLZ _____ per Überweisung auf bekanntes Konto. Institut _____ per Verrechnungsscheck

Unterschriften und EDV-Nr.

Datum _____ Versicherungsnehmer _____ Verletzter _____

Datum _____ Vermittler _____

70