



**Häger Versicherungsverein a.G.**  
Engerstr. 119, 33824 Werther

Telefon: 05203 - 9713-0  
Telefax: 05203 - 5758  
info@haeger-versicherungen.de

**HÄGER**  
VERSICHERUNGEN

# Unfall-Schadenanzeige

Eingangsstempel:

Versicherungsschein Nr.:  Kunden Nr.:  Schaden Nr.:

**Wichtiger Hinweis!**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die gesonderte 'Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall' vor Unterschrift der Schadenanzeige erhalten und zur Kenntnis genommen habe.**

Versicherungsnehmer und Anschrift

Herrn / Frau / Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per **Telefon** erreichbar (tagsüber)  
Vorwahl / Nr. \_\_\_\_\_

Per **Telefax** erreichbar  
Vorwahl / Nr. \_\_\_\_\_

Per **E-Mail** erreichbar  
E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

**Unfallort**

Straße und Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Unfalltag**

Genaue Bezeichnung \_\_\_\_\_ z.B. Garten, Festplatz, Wanderweg, Autobahn etc.

**Verletzte Person**

Wann trat der Unfall ein?  Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ **→ Hatten Sie den Unfall bereits gemeldet ?**  
 per Telefax  im Büro  
 per Telefon  per Brief  
 Nein  Ja, am \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Erreichbar über Telefon/Email: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Branche/Gewerbe: \_\_\_\_\_

**Unfallhergang**

Auf welche Weise ist der Unfall entstanden? (Genaue Beschreibung des Hergangs. Reicht der Platz nicht aus, bitte gesondertes Blatt benutzen!)

\_\_\_\_\_

**Zeugen**

Name und Anschrift von Zeugen: \_\_\_\_\_

**Berufsgenossenschaft**

**Bitte zutreffendes ankreuzen.**

Handelt es sich um einen Arbeits-, Dienst-, Schul- oder Wegeunfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei beruflicher Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Arbeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Schule?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	----------------------------	--------------------------------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------------------------------

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?  nein  ja Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
 Anschrift der Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

**Polizei-aufnahme**

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  nein  ja Tagebuch-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Anschrift der Polizeidienststelle \_\_\_\_\_  
 Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?  nein  ja gegen: \_\_\_\_\_  
 Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

**Verkehrsunfall**

Bei Verkehrsunfällen: Welches Verkehrsmittel benutzte der Verletzte? (Fahrrad, Krad, Moped, PKW, LKW...)  
 nein  ja Pol.-Kennzeichen: \_\_\_\_\_  
 Wer war Fahrer? \_\_\_\_\_  
 Führerscheinklasse, ausgestellt am: \_\_\_\_\_

**Alkohol**

Hat der Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?  
 nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr  
 was und wieviel? \_\_\_\_\_  
 Wurde eine Blutprobe entnommen?  nein  ja Promille \_\_\_\_\_

**Rennsport**

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Rennsport eingetreten?  
 nein  ja  
 Welcher Art? \_\_\_\_\_  
 Waren Sie Fahrer, Beifahrer oder Insasse? \_\_\_\_\_

Bei  bitte Zutreffendes ankreuzen.

SA-HUV - 10.2011

- bitte wenden -

**Gesundheits-schädigung**

Art und Umfang der Gesundheitsschädigung (Diagnose des Arztes):

Bitte Verletzungs-/Behandlungsnachweis beifügen

**Ärztliche Behandlung**

Beginn der ersten ärztlichen Behandlung: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des **erst**behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Findet z.Zt. noch ärztliche Behandlung statt?  nein  ja Voraussichtliche Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der **jetzt** behandelnden Ärzte: \_\_\_\_\_

Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung?  nein  ja Wenn ja, voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_

Wird ein Dauerschaden erwartet?  nein  ja

**Krankenhaus-aufenthalt**

- Stationärer Krankenhausaufenthalt:  nein  ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Bitte ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht beifügen

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

- Ambulante Krankenhausbehandlung:  nein  ja am \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

**Geistes- oder Bewußtseins-störungen**

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

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/Krankheiten Rentenzahlungen?  nein  ja Rentenzahler/Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**Zustand vor dem Unfall**

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

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

Bei welchem Arzt war der Verletzte deswegen in Behandlung? \_\_\_\_\_

**Weitere Ver-sicherungen**

Ist der Verletzte Mitglied einer privaten Krankenversicherung?  nein  ja Gesellschaft/Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

War der Verletzte am Unfalltag noch anderweitig gegen Unfall versichert? (Sportverein etc.)  nein  ja Gesellschaft/Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

**Vor-versicherungen**

Ist schon einmal eine für den Verletzten bestehende Unfallversicherung gekündigt oder ein Unfallantrag abgelehnt worden?  nein  ja  durch VN  durch Versicherer

Gesellschaft/Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

**Rechtsanwalt**

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

**Schweigepflichtentbindung**

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichter 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:**

**Variante A: generelle Entbindung**

Zu diesem Zweck befreie 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 des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Der Häger Versicherungsverein a. G. wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

**Variante B: Entbindung im Einzelfall**

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer - 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 Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, 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 Kostenbe teiligung von 15 EUR zu verlangen.

**Schluss-erklärung**

**Die genaue und vollständige Beantwortung vorstehender Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalles und hinsichtlich der Leistungspflicht 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 \_\_\_\_\_  per Verrechnungsscheck \_\_\_\_\_

**Unterschriften und EDV-Nr.**

Datum	Versicherungsnehmer	Verletzter
_____	_____ X	_____ X
Vermittler-Nr.	Datum	Vermittler
70 _____	_____	_____

## **Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

Sehr geehrtes Mitglied,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

### **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### **Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der 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 Ihres 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 Versicherungsfalls 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.

Mit freundlichen Grüßen

Häger Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit