

# ■ / Schadenmeldung Unfallversicherung | Seite 1/4

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

AICON Assekuranz und  
 Immobilien GmbH & Co. KG  
 Elbblick 5 • 01445 Radebeul  
 Tel.: 0351 / 811 66 0  
 Fax: 0351 / 811 66 11  
 info@aicon-makler.de  
 http://www.aicon-makler.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Versicherungsnummer:</b><br/> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b><br/> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> | <p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p>                      |
| <p><b>Verletzte Person</b><br/>                 Bitte je verletzter Person eine separate Schadenanzeige ausfüllen</p>  | <p>Name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Geb.datum: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Beruf: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>ausgeübte Tätigkeit: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> |
| <p><b>Unfalltag / Uhrzeit</b></p>  | <p><input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/></p>   |
| <p><b>Wo hat sich der Unfall ereignet (Anschrift)?</b></p>   | <p><input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/></p>   |
| <p><b>Genauere Schilderung des Unfallhergangs:</b><br/>                 Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern - ggf. gesondertes Blatt verwenden.</p>                 | <div style="border: 1px solid black; height: 300px; width: 100%;"></div>   |

# Schadenmeldung Unfallversicherung / Seite 2/4

|   |  |
|---|--|
| <b>Art und Umfang</b> der Verletzung  | <div style="border: 1px solid black; height: 76px;"></div>   |
| Hat die verletzte Person vor dem Unfall<br>- Alkohol getrunken?<br>Blutprobe entnommen?<br>- Drogen konsumiert?<br>- Medikamente eingenommen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge <input type="text"/> ‰<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche <input type="text"/> |
| Unfall als <b>Lenker eines Fahrzeugs</b>  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben:<br><input type="text"/> / <input type="text"/><br>Wenn <b>ja</b> , Führerschein gültig?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Führerscheinklasse <input type="text"/>     |
| Besteht in Folge des Unfalls <b>Arbeitsunfähigkeit</b> ?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , wie lange voraussichtlich?<br><input type="text"/>   |
| Ist/war eine <b>stationäre Krankenhausaufnahme</b> nötig?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , wie lange (voraussichtlich)?<br><input type="text"/><br>Die Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt<br><input type="checkbox"/> liegt bei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht   |
| Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus für die Erstversorgung</b>   | <div style="border: 1px solid black; height: 57px;"></div>   |
| <b>Aktuell</b> behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b>   | <div style="border: 1px solid black; height: 57px;"></div>   |
| Erleidet die verletzte Person den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b> ?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt   |
| Sofern ein <b>Dritter</b> am Unfall beteiligt war und als <b>Unfallverursacher</b> in Frage kommt bitte folgende Angaben machen               | Name: <input type="text"/><br>Anschrift: <input type="text"/><br>Bei <b>Jugendlichen</b> zusätzlich:<br>Geburtsdatum: <input type="text"/><br>Erziehungsberechtigter: <input type="text"/>   |
| Besteht für den <b>Schadenverursacher</b> noch anderweitig eine <b>Haftpflichtversicherung</b> ?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , bitte Versicherer und Versicherungsschein-Nr.:<br><input type="text"/>   |
| Welche <b>Zeugen</b> können Sie benennen?   | Name: <input type="text"/><br>Anschrift: <input type="text"/>  |

**Schadenmeldung Unfallversicherung** / Seite 3/4

|  |   |
|--|---|
| <p>Ist ein <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?</p>  | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>                 Wenn <b>ja</b>, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>  |
| <p>Wurden oder werden für die verletzte Person weitere Ansprüche bei <b>anderen Unfallversicherungen</b> oder einer <b>Berufsgenossenschaft</b> geltend gemacht?</p>   | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>                 Wenn <b>ja</b>, bitte Versicherer und VS-Nr angeben:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>  |
| <p>Bestanden <b>Vorerkrankungen oder Vorschädigungen</b> der vom Unfall betroffenen Gliedmaßen?</p>  | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>                 Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Informationen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>  |
| <p><b>Abwicklung / Kommunikation</b></p>   |   |
| <p>Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?</p>  | <p><input type="checkbox"/> Festnetz <input style="width: 100%;" type="text"/><br/> <input type="checkbox"/> Handy <input style="width: 100%;" type="text"/><br/> <input type="checkbox"/> E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/><br/> <input type="checkbox"/> sonstiges <input style="width: 100%;" type="text"/></p>                 |
| <p>Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar?<br/>                 Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>   |
| <p>Auszahlung der Versicherungsleistung bitte auf folgende Bankverbindung:</p>   | <p>Konto: <input style="width: 100%;" type="text"/><br/>                 BLZ: <input style="width: 100%;" type="text"/><br/>                 Kontoinhaber: <input style="width: 100%;" type="text"/><br/>                 bei: <input style="width: 100%;" type="text"/><br/>                 IBAN: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> |
| <p>Der <b>Versicherungsnehmer</b> ist mit einer Auszahlung auf das Konto der <b>versicherten Person</b> einverstanden:</p>   | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>_____<br/>                 Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer</p>  |
| <p><b>Zusätzliche Bemerkungen:</b></p>   | <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>   |

# Schadenmeldung Unfallversicherung / Seite 4/4

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Schweigepflichtentbindung:</b><br/>Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben prüft, 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.</p>   | <p>Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).</p> <p>Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für <b>eine</b> der beiden Möglichkeiten:</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> <b>Möglichkeit I</b><br/>Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.<br/>Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.</p> | <p><input type="checkbox"/> <b>Möglichkeit II</b><br/>Die nebenstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall 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 Leistungspflicht, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.</p> |
| <p>Diese Entscheidung treffe ich für die nebenstehend genannte(n) Person(en), welche von mir gesetzlich vertreten wird/werden und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann/können.</p>  | <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>   |
| <p><b>Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung:</b><br/>Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter (externe untersuchende und beratende Ärzte) einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.</p>  | <p>Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiter nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.</p>   |
| <p><b>Unterschrift(en):</b></p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift (Versicherungsnehmer)</p>   | <p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift (versicherte Person/gesetzl. Vertreter)</p>   |
| <p><b>Interne Notizen</b></p> <p>Mitarbeiter: _____</p> <p>Datum : _____</p> <p>Uhrzeit: von _____ bis _____</p>   | <p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung    <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p>    <input type="checkbox"/> im Maklerbüro    <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p>    <input type="checkbox"/> _____</p>  |
| <p>Rev006 vom 12.01.2017</p>   | <p><input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.</p>   |