

Formular

Unfall-Schaden-Anzeige

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, benötigen wir Ihre Mithilfe, damit wir die vertraglich vereinbarten Leistungen erbringen können.

Um der ab 1. Januar 2008 geltenden Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) zu entsprechen, sind wir nach § 28 VVG dazu verpflichtet, Sie zunächst auf die Punkte „Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten“ und „Leistungsfreiheit“ aufmerksam zu machen. Der Inhalt der folgenden Belehrungen ist durch das VVG vorgegeben.

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 uns entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich verlangte 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 oder zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Freundliche Grüße

BADEN-BADENER VERSICHERUNG AG

■ Baden-Badener
Versicherung AG
Schlackenbergstraße 20
66386 St. Ingbert

■ Telefon (06894) 915-900
Telefax (06894) 915-901
versicherung@baden-badener.de
www.baden-badener.de

■ Aufsichtsrat:
Arnulf Loy (Vors.)
Vorstand: Ulrich Müller,
Peter Naumann (Vors.)

■ Bank 1 Saar eG
BLZ 591 900 00, Konto 138002
Steuernummer 0851000049
Amtsgericht Saarbrücken HRB 32872

Schaden-Nummer:

Versicherungsschein-Nummer:

Vermittler-Nummer:

Fragen an den Antragsteller:

Die genaue und vollständige Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalles und die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich. Durch bewusst falsche oder lückenhafte Angaben kann der Versicherungsschutz verloren gehen. Beachten Sie bitte hierzu die beigefügte Belehrung über die Auskunft- und Aufklärungsobliegenheiten sowie Leistungsfreiheit. Wenn der vorgesehene Platz nicht ausreicht, ergänzen Sie bitte ein Beiblatt.

Versicherungsnehmer (Name und Vorname)	Zahlungsempfänger (Name und Vorname)
Straße, Hausnummer	Geldinstitut
PLZ, Wohnort	BLZ, Kontonummer

Verletzte Person (Name und Vorname)	Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	Telefonnummer	Geburtsdatum
Geschlecht, Staatsangehörigkeit	Arbeitgeber, Ort	Ausgeübter Beruf

1 Wann ereignete sich der Unfall? (Datum und Uhrzeit)	1a Wo ereignete sich der Unfall?
--	---

2 Wie war der genaue Hergang des Unfalls? (Wenn dieser Platz nicht ausreicht, bitte Schilderung auf Beiblatt fortsetzen)

3 Waren bei dem Unfall Zeugen zugegen? (Bitte gegebenenfalls Namen und Anschrift angeben)
--

4 Nahm der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Rauschmittel, Medikamente zu sich? Art? Menge? Zeit?	5 Wurde eine Blutprobe entnommen? Wenn ja, welches Ergebnis (z. B. Promillewert) hatte sie?
---	---

6 Welche Polizeidienststelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen) hat den Unfall aufgenommen?	7 Welche Staatsanwaltschaft (Name, Anschrift, Aktenzeichen) befasst sich mit dem Unfall?
--	--

8 Welche Verletzungen erlitt der Versicherte? (Verletzungsart und betroffene Körperstelle bitte genau angeben)
--

9	Wann und durch wen erfolgte die erste ärztliche Behandlung? (<i>Datum, Name, Anschrift</i>)		
10	Von welchen Ärzten wurde der Verletzte seit Eintritt des Unfalles behandelt? (<i>Name, Anschrift</i>)	vom	bis
11	In welchen Krankenhäusern wurde der Verletzte seit Eintritt des Unfalles behandelt? (<i>Anschrift</i>)	stationär	vom
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bis
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12	War der Verletzte bei Eintritt des Unfalles völlig gesund? <i>Wenn nein, welche Krankheiten bestanden? Seit wann?</i>		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein:		
13	War der Verletzte vor dem Unfall schon am Gebrauch seiner Glieder und Sinnesorgane gehindert? <i>Welcher Art war die Behinderung?</i>		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
14	Hatte der Verletzte im Bereich der jetzigen Unfallverletzung schon einmal eine Erkrankung oder Verletzung? <i>Wann? Welche?</i>		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
15	Hatte der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? <i>Zeitpunkt der Unfälle? Art der Verletzung? Dauerfolgen?</i>		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
16	Besteht oder bestand bei dem Verletzten ein Anfallsleiden? z. B. <i>Epilepsie? Welches? Seit wann?</i>		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
17	Wurde der Verletzte in den letzten drei Jahren vor dem Unfall ärztlich behandelt und weswegen? (<i>Name des Arztes, Anschrift, Zeitraum, Art der Krankheit</i>)		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
18	Bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle oder sonstiger Invalidität (z. B. <i>Arbeitsunfähigkeit, Kriegsverletzung</i>) eine Rente? <i>Seit wann? Von wem? Weswegen?</i>		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
19	Sind Sie noch woanders gegen Unfälle abgesichert? (<i>Name der Gesellschaften, Versicherungsschein-Nummer und -Summen</i>)		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
20	Name und Versicherungsnummer der Krankenversicherung		
21	Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? (<i>Name und Anschrift, Aktenzeichen</i>)		

Ich erkläre hiermit, dass die Angaben von mir wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden. Es ist mir bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum teilweisen oder gänzlichen Verlust des Anspruches führen können. Das hierzu beigefügte Beiblatt über die Belehrungen und Hinweise der Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten sowie Leistungsfreiheit habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich in Verbindung mit der beantragten Versicherungsleistung ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und andere Versicherer, unseren Vertragspartner im Rehamanagement und den beratenden Gesellschaftsarzt zur Beurteilung der Ansprüche übermittelt.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlasste 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. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträger – ; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherungen, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Versicherten/Verletzten bzw. des gesetzlichen Vertreters
------------	---------------------------------------	---