

# Unfall-Schadenanzeige

HAFTPFLICHTKASSE  
DARMSTADT



**Versicherungsschein-Nr.:**  
(bitte unbedingt angeben)

<b>Schadentag</b>	<b>Uhrzeit</b>
<b>Schadenort</b> (ggf. Straße, Hausnr., PLZ)	
An wen soll Zahlung erfolgen?	
Kontoinhaber: .....	
Geldinstitut: .....	
Bankleitzahl: .....	Kto.-Nr: .....

Zu- und Vorname des Versicherungsnehmers: .....

Anschrift: .....

Tel.- und Fax-Nr.: .....

E-Mail: .....

**Zu- und Vorname des Verletzten (versicherte Person):** .....

Anschrift: .....

Geburtsdatum: .....

Ausgeübter Beruf des Verletzten: .....

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall? .....

**Unfallschilderung** (ggf. mit Skizze) Bitte beschreiben Sie die Geschehnisse möglichst genau (ggf. auf ges. Blatt):

.....

.....

.....

**Name und Anschrift der Zeugen:** .....

.....

**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 Akt.-Z. ....

Anschrift der Berufsgenossenschaft: .....

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  nein  ja Tgb.-Nr:.....

Anschrift der Polizeidienststelle .....

Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?  nein  ja gegen: .....

Akt.-Z.: ..... bei: .....

Bei Verkehrsunfällen: Welches Verkehrsmittel benutzte der Verletzte? (Fahrrad, Krad, Moped, PKW, LKW...) Pol. Kennz.: .....

Führerscheinklasse, ausgestellt am: ..... War er Fahrer?  nein  ja

Hat der Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem Unfall alkohol. Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?  nein  ja von ..... bis ..... Uhr was und wie viel? .....

Blutprobe  nein  ja, Ergebnis..... Promille

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Rennsport eingetreten?  nein  ja, Welcher Art? .....

Waren Sie Fahrer, Beifahrer oder Insasse?  nein  ja

**Art und Umfang der Gesundheitsschädigung:** .....

Beginn der **ersten** ärztlichen Behandlung: ..... Uhrzeit: .....

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

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

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?  nein  ja Akt.-Z. ....

Krankenhausaufenthalt:  nein  ja, von: ..... bis: .....

Name und Anschrift des Krankenhauses: .....

Ist der Unfall auf eine zuvor eingetretene Geistes- oder Bewusstseinsstörung zurückzuführen? z.B.  nein  ja, welche: .....

Schwindel, Ohnmacht, Epilepsieanfall, schweres Nervenleiden oder Schlaganfall  
welcher Art? .....

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, Aktenzeichen: .....

Bezieht oder bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle Rentenzahlungen?  nein  ja, seit: ..... von .....

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? .....

Ist der Verletzte Mitglied einer privaten Krankenversicherung? Anschrift:  nein  ja, Vers.Schein-Nr: .....

War der Verletzte am Unfalltag noch anderweitig gegen Unfall versichert?  nein  ja ,Gesellschaft/ Vers.Schein-Nr: .....

(Sportverein, Gewerkschaft...)

Ist schon einmal eine für den Verletzten bestehende Unfallversicherung gekündigt oder ein Unfallversicherungsantrag abgelehnt worden?  nein  ja, durch  Versicherungsnehmer/  Versicherer am: ..... wegen: .....

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

**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 - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ; 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.

**Wir weisen Sie darauf hin, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben Ihren Versicherungsschutz gefährden können. Bitte beachten Sie hinsichtlich der Einzelheiten die beiliegende Mitteilung nach § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).**

.....  
Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers    Unterschrift des Verletzten    Bei Minderjährigen Unterschrift der ges. Vertreter

**Hiermit bestätige ich, dass ich die beigefügte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles erhalten und zur Kenntnis genommen habe.**

.....  
Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers    Unterschrift des Verletzten    Bei Minderjährigen Unterschrift der ges. Vertreter

Bitte zurücksenden an:

**HAFTPFLICHTKASSE  
DARMSTADT  
Postfach 11 26  
64373 Roßdorf**

**Patient (versicherte Person):**

Vor- und Zuname: .....

Straße: .....

Plz., Wohnort: .....

**Versicherungsschein-Nr.:**

**Unfalltag:** .....

Geburtsdatum: .....

**1. Die oben genannte Person befand sich wegen des Unfalls bei uns in vollstationärer Behandlung:**

vom: ..... bis einschl.: ..... Fanden Beurlaubungen statt?

vom: ..... bis einschl.: ..... nein ja, vom: ..... bis:

**2. Diagnose:**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Diese Gesundheitsschäden stehen ausnahmslos in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall: nein ja**

Folgende unfallunabhängige Gesundheitsschäden wurden mitbehandelt: .....

.....  
.....

**4. Ist mit einem nochmaligen Krankenhausaufenthalt zu rechnen? nein ja, weil:**

.....

**5. Wurde eine Blutalkoholuntersuchung vorgenommen? nein ja, Ergebnis: <sup>o</sup>/oo**

**6. Der Unfallhergang wurde von dem Verletzten wie folgt beschrieben:** .....

.....  
.....

....., den .....

Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

**Liquidation:**

EUR: .....(maximal 15,00 €)

Geldinstitut: .....

Konto-Nr.: .....

Bankleitzahl: .....

Kontoinhaber: .....

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.