



#### 4. Fragen zu den Unfallfolgen und zur Unfallbehandlung

4.1	Verletzter Körperteil und Art der Verletzung:		
4.2	Erfolgte eine stationäre Unfallbehandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____		
4.3	Erstmalige Unfallbehandlung (Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses)	Behandlungsbeginn	Behandlungsende
4.4	Weitere Unfallbehandlungen (Namen und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser)		

#### 5. Fragen zu Vorerkrankungen und Vorunfällen der verletzten Person

5.1	Lagen zur Zeit des Unfalles Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor? <input type="checkbox"/> Nein, die verletzte Person war völlig gesund <input type="checkbox"/> Ja, folgende:  Resultiert daraus eine Invalidität, Rente oder Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. Grad der Behinderung: _____ %		
5.2	Von welchen Ärzten ist die verletzte Person in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall behandelt worden?		
5.3	Frühere Unfälle der verletzten Person? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Unfalldatum und betroffenes Körperteil sowie die Art der Verletzung angeben)		

#### 6. Fragen bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

6.1	Kraftfahrzeugart: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad/-roller <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
	Amtliches Kennzeichen:	Fahrgestell-Nr. (FIN)	
6.2	Fahrer:	Führerschein (Klasse)	Fahrerlaubnis entzogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.3	War die verletzte Person gem. Ziff. 2 dieses Fragebogens ordnungsgemäß angegurtet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
6.4	Fahrzeughalter:	Wie viel Insassen hatte das Unfallfahrzeug?	
6.5	Namen und Anschriften aller Insassen:		

#### 7. Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen

Kontonummer:	Bankleitzahl:	Name, Bezeichnung des Geldinstitutes	Kontoinhaber:
--------------	---------------	--------------------------------------	---------------

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

#### Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder einreiche. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger sowie meinen Arbeitgeber von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Ansprüchen im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) \_\_\_\_\_ ab, die/der Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ich nehme davon Kenntnis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches selbst dann führen können, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch und dann verantwortlich, wenn ein anderer das Ausfüllen der Schadenanzeige übernommen hat. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.



ZURICH

Zurich Versicherung Aktiengesellschaft (Deutschland)  
Herrn/Frau/Firma

- Direktion Köln**      **50657 Köln**      Riehler Straße 90  
Telefon: 0221 7715-0      Telefax: 0221 7715-260  
**Service-Center**
- 53115 Bonn**      Poppelsdorfer Allee 25-33  
Telefon: 0228 268-01
- 40001 Düsseldorf**      **Postfach 10 1047**      Heinrich-Heine-Allee 12  
Telefon: 0211 8983-302      Telefax: 0211 8983-339
- 60606 Frankfurt a. M.**      **Postfach 20 0240**      Franklinstraße 52  
Telefon: 069 97116-339      Telefax: 069 97116-201
- 30063 Hannover**      **Postfach 63 09**      Am Klagesmarkt 29-31  
Telefon: 0511 1639-411      Telefax: 0511 1639-431
- 50657 Köln**      Worringer Straße 11-13  
Telefon: 0221 7715-6001      Telefax: 0221 7715-6405
- 70799 Kornwestheim**      **Postfach 19 45**      Eastleighstraße 50  
Telefon: 07154 810-111      Telefax: 07154 810-704
- 80720 München**      **Postfach 40 2029**      Ungererstraße 129  
Telefon: 089 36003-400      Telefax: 089 36003-496

Schaden-Nummer (Bitte stets angeben)

Versicherungsschein-Nummer

**Ärztliches Attest zur Unfallanzeige (private Unfallversicherung)**

Name und Anschrift des Patienten	geboren am
Objektiver Befund und Diagnose	
Stationäre Unfallbehandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Aufnahme am: _____ Entlassung am: _____	
Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ (Art und ggf. Promille)	
Bestehen unfallunabhängige Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____	
Falls ja, haben diese am Eintritt der Unfallverletzung oder am Heilungs- oder Behandlungsverlauf erschwerend mitgewirkt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, der unfallunabhängige Mitwirkungsanteil beträgt (in %): _____/der stationäre Aufenthalt wurde hierdurch verlängert um _____ Tag(e)	
Zu welchem Anteil war oder ist die verletzte Person durch die Unfallfolgen in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt? (Maßstab ist die konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit oder übliche Beschäftigung, z.B. Rentner, Hausfrau)	
zu _____ %	zu _____ %
von _____ bis _____	von _____ bis _____
Beginn der ärztlichen Behandlung: _____ (voraussichtlicher) Abschluss: _____	
Ist mit einem unfallbedingten Dauerschaden (Invalidität) zu rechnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbestimmt	