

Unfallfragebogen

Versicherungsnehmer	Versicherungsnummer
Versicherte Person	

Wer erlitt den Unfall?

Name	Geburtsdatum
------	--------------

Wann und wo ereignete sich der Unfall?

Unfalldatum	Uhrzeit	Unfallort
-------------	---------	-----------

Wie ereignete sich der Unfall? (Bitte genau schildern)

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Dienststelle	Aktenzeichen
-----------------------------	-------------------------------	--------------	--------------

Art des Unfalls

Liegt ein Verkehrsunfall vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handelt es sich um einen Arbeits- bzw. Wegeunfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Gemeindeunfallversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sind Sie Mitglied einer Berufsgenossenschaft?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher?
Wann haben Sie den Unfall Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?		Aktenzeichen

Wie heißen und wo wohnen Zeugen des Unfalls?

Wer verursachte den Unfall?

Name

Anschrift

Ist der Unfallverursacher haftpflichtversichert?

Ja Nein | Wenn ja, Name der Versicherungsgesellschaft

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsscheinnummer | Aktenzeichen

Sind Sie mit dem Unfallverursacher verwandt oder verschwägert?

Ja Nein

Haben Sie beim Unfallverursacher bereits Ersatzansprüche gestellt?

Ja Nein

Hat der Unfallverursacher die Ansprüche anerkannt? Ja Nein

Ist die Behandlung der Unfallfolgen abgeschlossen?

Ja Nein

Welche Rechnungen stehen noch aus?

Wichtiger Hinweis / Unterschrift

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Angabe der erfragten Daten verpflichtet. Die Gesellschaft wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig unvollständige oder wahrheitswidrige Angaben macht oder sich einer arglistigen Täuschung schuldig macht. Bei vorsätzlich falschen Angaben tritt diese Rechtsfolge auch dann ein, wenn dadurch weder die Festlegung oder der Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung beeinflusst wird. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers | Unterschrift der geschädigten Person

Schweigepflichtentbindung

für (versicherte Person) | Versicherungsnummer

Ich ermächtige den Versicherer, jederzeit Auskünfte über frühere bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf er Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenstationen aller Art, Versicherungsträger und Versorgungssämter befragen. Diese befreie ich von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum | Unterschrift der versicherten Person