



**Bei Kraftfahrzeug-Unfällen**

Was für ein Fahrzeug wurde benutzt?  
 Art (z. B. PKW, Krad)  Amtliches Kennzeichen

Wer lenkte das Fahrzeug?  
 Name, Vorname  Führerscheinklasse  Ausstellungsdatum

Bitte zusätzlich bei Ansprüchen aus einer Insassen-Unfallversicherung beantworten:  
 Ist der Fahrzeuglenker beim Versicherungsnehmer als Kraftfahrer oder Beifahrer angestellt?  ja  nein  
 Wieviele Personen nahmen an der Fahrt teil? Anzahl  Wieviele waren davon unter 14 Jahren? Anzahl

Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt angelegt?  ja  nein

**Ärztliche Behandlung**

Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?  
 Datum  Uhrzeit  Name und Anschrift des Arztes

War eine stationäre Behandlung erforderlich?  ja  nein vom  bis

Name und Anschrift des Krankenhauses

Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?  
 Namen und Anschriften

Findet z. Zt. noch ärztliche Behandlung statt?  ja  nein  
 Voraussichtliche Behandlungsdauer

Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?  
 Name und Anschrift

Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung?  ja  nein

**Vorerkrankungen und frühere Unfälle**

War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund?  ja  nein  
 Art der Krankheiten oder Leiden

Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?  ja  nein  
 Wann?  Höhe der Entschädigung  Von welcher Gesellschaft?

Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente?  ja  nein  
 Höhe der Rente  % Von welchem Versicherungsträger?

**Weitere Versicherungen**

Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen  ja  nein  
 Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.-Summen

Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen)  
 Name und Anschrift

**Zahlungswunsch**  Scheck  Überweisung

Zahlungsempfänger

Anschrift der Bank, Sparkasse oder des Postgiroamtes

Konto-Nr.  Bankleitzahl

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 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. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung 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 auch ab für den Fall, daß die verletzte Person von mir gesetzlich vertreten wird und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

**Wichtiger Hinweis:** Denken Sie bitte daran, daß bewußt unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dadurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

Ort/Datum  Unterschrift des Versicherungsnehmers  Unterschrift des Verletzten