

# SCHADENANZEIGE

Unfall AUB 2008



Sitz der Gesellschaft: Theodor-Heuss-Ring 49 | 24113 Kiel  
Telefon: (04 31) 5 46 54-600 | Fax: (04 31) 5 46 54-280  
sachschaden@domcura.de | www.domcura.de

## 1. Wichtige Daten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsschein-Nr.	Schadendatum	Uhrzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Schadenummer	Melddatum	

## 2. Angaben zum Versicherungsnehmer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anrede	Titel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Telefon tagsüber
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort	Mit Eintrag der E-Mail-Adresse stimme ich dem Schriftverkehr per Mail zu.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beruf des Versicherungsnehmers	Betrieb des Versicherungsnehmers	

## 3. Unfallhergang (ausführliche Schilderung, ggf. Zeugen angeben)

Unfallort

### 3.1 Kfz-Unfall

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Fahrzeuglenkers	Vorname	Führerscheinklassen	Amtliches Kennzeichen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrzeugart	Fahrgestell-Nr.	Ausstellungsbehörde	Listen-Nr.

Hatte der Fahrer zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein?  ja  nein  
Wurde eine Blutprobe entnommen?  ja  nein Ergebnis in %

Beifahrer und Insassen (bitte Namen u. Geburtsdaten sämtlicher Personen angeben)

Ist eine dieser Personen beim Versicherungsnehmer als Fahrer oder Beifahrer angestellt?  ja  nein

Welche Personen waren zum Unfallzeitpunkt nicht angegurtet?

V/05/09/02

### 3.2 Polizeilich aufgenommen

nein  ja durch Meldung bei der Polizeidienststelle:

Tagebuch-Nr.  Anzeige/Verwarnung  nein  ja gegen:

### 4. Angaben zur verletzten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Hausnummer	Beruf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	selbständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
PLZ	Wohnort		
Ärztliche Hilfe	Datum <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/>	
Name und Anschrift des behandelnden Arztes	<input type="text"/>		
Stationäre Behandlung im Krankenhaus wegen des Unfalles	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufnahmetag <input type="text"/>	Entlassungstag <input type="text"/>
Name und Anschrift des Krankenhauses	<input type="text"/>		
Arbeitsunfähig	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	
Name und Anschrift des neu behandelnden Arztes	<input type="text"/>		
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	<input type="text"/>		
Liegt ein Berufsunfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	oder ein Freizeitunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewußtseinsstörung (Ohnmacht, Schwindelanfall oder dgl.) entstanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hatte der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutprobe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Verletzte Körperteile und Art der Verletzung

### 5. Vorerkrankungen/Vorschäden

Besteht oder bestand bei der verletzten Person eine Grunderkrankung oder war ein Gebrechen bekannt? (z.B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose) Sind künstliche Gelenke vorhanden?  nein  ja, und zwar

Welcher Arzt behandelt (-e) diese Erkrankung bzw. das Gebrechen? Name und Anschrift

Von welcher Stelle bezieht der Verletzte eine Erwerbsunfähigkeitsrente

und auf Grund welcher Erkrankung oder Verletzung?

Anschrift u. Aktenzeichen  Erwerbsminderungsgrad in %

Haben Sie in der Vergangenheit bereits Unfälle erlitten?  nein  ja Wann sind diese Unfälle eingetreten?

Welche Verletzungen haben Sie davon getragen?

## 6. Anderweitiger Versicherungsschutz

Bestanden oder bestehen noch weitere Unfallversicherungen?

Name und Anschrift der Gesellschaft

Bestanden oder bestehen noch weitere Lebensversicherungen?

Name und Anschrift der Gesellschaft

Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verletzte an?

Anschrift u. Aktenzeichen

Wurde der Unfall dort gemeldet?  ja  nein

Welcher Krankenversicherung gehört der Verletzte an?

Anschrift u. Aktenzeichen

## 7. Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Konto-Nummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

Konto-Inhaber - wenn abweichend ggf. Unterschrift

Das Informationsblatt "**Fristenhinweise zu den AUB 2008**" zu dieser Unfallversicherung habe ich erhalten  ja  nein  
Es werden darin die Fristen zur ärztlichen Feststellung und zur Anmeldung des Dauerschadens bei dem Versicherer erklärt.

### Wichtige Hinweise

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe.

Es ist uns gesetzlich vorgeschrieben, Sie auf die nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten und die Rechtsfolgen im Falle der Zuwiderhandlung hinzuweisen:

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
2. Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; vom Versicherer darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
3. Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
4. Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn dem Versicherer der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Bei Verletzung dieser Obliegenheiten kann der Versicherungsschutz gänzlich entfallen oder der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte ist zur Kürzung der Leistung berechtigt. Bei vorsätzlich falschen Angaben entfällt der Versicherungsschutz nur dann nicht, sofern diese Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Versicherungsleistung ursächlich war. Dies gilt nicht bei Arglist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem angemessenen Verhältnis zum Verschuldensgrad zu kürzen, soweit auch hier ein kausaler Zusammenhang besteht. Die Beweislast für das Nichtvorliegen von grober Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

### Entbindung von der Schweigepflicht

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.

Gegebenenfalls gebe ich diese Erklärung für die von mir gesetzlich vertretene versicherte Person ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

#### Bitte kreuzen Sie eine der beiden Varianten an:

- Zu diesem Zweck befreie ich von Ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Mitarbeiter des Versicherers entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer - falls erforderlich - in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung bei der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Der Versicherer ist berechtigt eine angemessene Kostenbeteiligung für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall zu verlangen.

**Die Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir zu jeder Zeit für die Zukunft widerrufen werden.**

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzl. Vertreters

---

**Bitte beachten Sie die folgenden wichtigen Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer privaten Unfallversicherung:**

Die von Ihnen mit dem Versicherer vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen. Auf die folgenden Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

### 1. Invaliditätsleistung/Unfallrente

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten ist, innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 21 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns oder dem Versicherer den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Sofern Sie den Vertragsbaustein Top Schutz zusätzlich vereinbart haben, besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten ist, innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 24 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns oder dem Versicherer den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

**Wird die Frist zur Geltendmachung der Invaliditätsleistung versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.**

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen betragen muss.

### 2. Übergangsleistung (soweit mitversichert)

#### 2a) Übergangsleistung

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50% beeinträchtigt ist,
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens *sieben Monate* nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns oder dem Versicherer geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns oder dem Versicherer den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

#### 2b) Erweiterte Übergangsleistung

Für die erweiterte Übergangsleistung gilt zusätzlich zu den unter 2 a) genannten Fristen, dass bereits ein Anspruch bei einer Beeinträchtigung von 100 % in den ersten drei Monaten besteht. Die Beeinträchtigung muss spätestens *vier Monate* nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns oder dem Versicherer geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns oder dem Versicherer den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

**Wird die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung versäumt, kann dies zum Verlust des Anspruches auf Übergangsleistung führen.**

### 3. Weitere Leistungsarten

Haben Sie weitere Leistungsarten (z.B. kosmetische Operationen) mit uns und dem Versicherer vereinbart, können Sie die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen den Versicherungsbedingungen entnehmen.

---