

# ALBERT MÜDDER & Co. GmbH Assekuranz – Vermittlung

Leostraße 22 · 40545 Düsseldorf  
Telefon (02 11) 32 09 33 · Telefax (02 11) 32 08 15 · info@a-muedder.de



Herrn/Frau/Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Unfall-Schadenanzeige

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Vers.-Schein-Nr. \_\_\_\_\_

Beantworten Sie bitte die Fragen eingehend und wahrheitsgemäß. Soweit der Raum nicht ausreicht, bitte ein Beiblatt verwenden.

### 1. Versicherungsnehmer

|                                   |           |         |               |
|-----------------------------------|-----------|---------|---------------|
| Name, Vorname                     |           | Telefon |               |
| Anschrift                         |           |         |               |
| Überweisungen an (Bank/Sparkasse) | Konto-Nr. | BLZ     | Konto-Inhaber |

### 2. Verletzte Person

|               |              |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift     |              |
| Beruf         |              |

### 3. Unfallereignis

|   |   |  |
|---|---|--|
| Unfalltag   | Uhrzeit (0-24)  | Unfallort (genaue Bezeichnung mit Räumlichkeit, Straße, Hausnummer usw.) |
| Schilderung des Unfallhergangs  |   |  |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                |   |  |
| Augenzeugen (Name/Anschrift/Telefon)  |   |  |
| .....<br>.....<br>.....   |   |  |
| Lag Alkoholgenuss vor?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutprobe?<br><input type="checkbox"/> ja, Ergebnis    o/oo <input type="checkbox"/> nein |  |

#### 4. Verletzungen

|   |  |
|---|--|
| Art der Verletzungen<br>.....<br>.....<br>..... | Ambulante Behandlung ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|   | Krankenhausbehandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|   | Arzt oder Krankenhaus<br>.....<br>.....  |

#### 5. Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

|   |                     |  |                 |
|---|---------------------|--|-----------------|
| Polizeilich festgestellt am   | Polizeidienststelle | Tagebuch-Nr.                                   | Verfahren gegen |
| Waren Sicherheitsgurte angelegt?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                     | Gesamtzahl der Insassen einschließlich Fahrer: |                 |

#### 6. Allgemeine Fragen

|  |   |
|--|---|
| Sind Sie noch anderweitig unfallversichert?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Versicherungssummen<br>€ ..... für den Todesfall  |
| Name und Anschrift der Gesellschaft:<br>.....<br>.....   | € ..... für den Invaliditätsfall  |
| Versicherungsschein-Nr.: .....   | € ..... für Unfall-Krankenhaustagegeld  |
| Haben Sie den Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?<br><input type="checkbox"/> ja, der .....        | Haben Sie schon früher einmal einen Unfall erlitten?<br><input type="checkbox"/> ja, am ..... |
| Aktenzeichen: .....  | Verletzungen: .....   |
| <input type="checkbox"/> nein  | Aktenzeichen: .....   |
|  | <input type="checkbox"/> nein   |

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose oder dem Behandlungsverlauf).

Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte beziehungsweise medizinische Gutachter übermittelt werden.

Sollten Sie mit Ihrer Unterschrift die Schweigepflichtentbindungserklärung so umfassend nicht abgeben wollen, wählen Sie bitte durch Ankreuzen folgende Alternative:

- Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 20 € verlangen.

Ich/wir willige/n ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten für die Bearbeitung des Schadens speichert und diese – sofern notwendig – an Rückversicherer oder weitere Versicherer übermittelt.