

## Unfall-Schadenmeldung

Sachbearbeiter: Herr Spies  
Durchwahl: - 18  
e-mail: [a.spies@vvs-sdv.de](mailto:a.spies@vvs-sdv.de)  
Bearb.-Nr.:  
Versicherer:  
Vers.schein-Nr.:  
Schaden-Nr.:

Telefon: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Kundin, sehr geehrte Kunde,**

bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß und teilen Sie uns alles mit, was Sie über den Vorfall wissen; auch scheinbar Nebensächliches kann wichtig sein. Anderenfalls können Sie den Anspruch auf die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verlieren. Lesen Sie dazu bitte auch die beigefügte Belehrung „Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit“. Bei Fragen unterstützen wir Sie gerne. Bitte rufen Sie uns an. Vielen Dank.

Schadentag: \_\_\_\_\_ Uhr: \_\_\_\_\_ Schadenort: \_\_\_\_\_

**Angaben zur verletzten Person** (Name, Anschrift, Telefon)

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  Arbeitsgeber: \_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Unfall** (Unfallursache und Unfallhergang)

Es handelt sich um einen  Berufsunfall  Sonstigen (privaten) Unfall

Verletzte Körperteile und Art der Verletzung:

Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß?  ja  nein

Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen?  nein  ja Ergebnis: \_\_\_\_\_

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall Aufgenommen? Aktenzeichen?

Unfallzeugen

### Angaben zur ärztlichen Behandlung

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arztes / der Klinik:

\_\_\_\_\_

Fand eine stationäre Krankenhausbehandlung statt?

nein  ja (bitte Bescheinigung mit Diagnose beifügen)

Dauer des Krankenhausaufenthalts:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bei tödlichem Ausgang:

Wann und wo ist der Tod eingetreten?

\_\_\_\_\_

Welcher Arzt hat den Tod festgestellt?

\_\_\_\_\_

Todesursache?

\_\_\_\_\_

### Angaben zu Vorerkrankungen

Lag zur Zeit des Unfalls ein Leiden oder Gebrechen vor?

nein  ja

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

Wird eine Rente bezogen?

nein  ja

Wenn ja, welcher Art? Höhe?

\_\_\_\_\_

Ärzte von denen die verletzte Person in den letzten fünf Jahren behandelt wurde (Name, Anschrift, Grund)

### Angaben zu anderen Versicherungen

Bestehen für die verletzte Person noch weitere Versicherungen (Unfall, Kranken, Leben)?

nein  ja (Falls ja, bitte Gesellschaft und Versicherungsnummer angeben)

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet? (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

Hat die verletzte Person aus früheren Unfällen schon eine Entschädigung erhalten?  nein  ja

(Falls ja, bitte die Gesellschaft, die Art und die Höhe der Entschädigung angeben)

### Schweigepflicht - Entbindungserklärung

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 der 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 Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) \_\_\_\_\_ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

**Wir weisen darauf hin, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.**

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten (od. seiner Angehörigen)

Unterschrift des Versicherungsnehmers



**Konto für Entschädigungen:**

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

S.W.I.F.T. (BIC):

IBAN-Nr.:

Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt.)

ja

nein

**Unterschrift:**

**Bitte beachten Sie, dass falsche oder lückenhafte Angaben zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsanspruches führen können.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

**Empfangsbestätigung**

**Ich bestätige den Erhalt der „Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit“.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

**„Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit“:**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, bedarf es Ihrer Mitwirkung.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Gemäß den versicherungsvertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheiten), und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie dem Versicherer alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Darüber hinaus kann der Versicherer verlangen, dass Sie ihm Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

**Hinweis**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.