

# Versicherungsgesellschaft

## Unfallanzeige

Schadensnummer (in allen Zuschriften bitte angeben)

Zur Vermeidung von Rechtsnachteilen bei der Geltendmachung von Invaliditätsansprüchen beachten Sie bitte: Der Anspruch auf Invaliditätsleistung ist nur gewährt, wenn Unfallfolgen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht worden sind.

**Bitte beantworten Sie die Fragen in der Unfallanzeige wahrheitsgemäß. Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes auch dann nach sich ziehen, wenn die Unwahrheit oder Unvollständigkeit keine für den Bayerischen Versicherungsverband nachteiligen Folgen gehabt hat.**

### Versicherungsnehmer

Vorname, Name

eventuell Firmenbezeichnung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber

Beruf bzw. Betrieb

Ist der Versicherungsnehmer bzw. dessen Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt?

nein  ja Dienststelle

Wenn aus dem öffentlichen Dienst ausgeschieden, wann?

Datum

Nummer der Unfallversicherung

### Verletzte Person

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Beruf

Telefon tagsüber

Telefon abends

Familienstand

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Unfallzeit

Datum

Uhrzeit

Unfallort

Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit erlitt die verletzte Person den Unfall?

Ereignete sich der Unfall während der/des

Freizeit?  Berufs?

Stand die verletzte Person zum Zeitpunkt des Unfalls unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinwirkung?

nein  ja

Wenn ja, wie lautet das Ergebnis der Blutprobe?

‰

### Unfallursache und Unfallhergang

(Diese Frage bitte so ausführlich beantworten, daß sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt; eventuell ein gesondertes Blatt beilegen.)

Wer war Zeuge des Unfalls?

Name und Anschrift

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?  
Wenn ja, welche Dienststelle?

nein  ja

Ist ein Strafverfahren anhängig?  
Wenn ja, bei welcher Staatsanwaltschaft und unter welchem Aktenzeichen?

nein  ja

verletzte/r Körperteil/e

Art der Verletzung/en

An welchem Tag begab sich die verletzte Person in ärztliche Behandlung?  ambulant Datum   stationär Datum

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses

Welche Ärzte oder Krankenhäuser wurden wegen der Unfallfolgen außerdem noch in Anspruch genommen (Namen und Anschrift)?

Welche Zeit wird das Heilverfahren nach Ansicht des Arztes voraussichtlich beanspruchen?

In welchem Umfang konnte die verletzte Person nach dem Unfall ihren Beruf bzw. ihre Beschäftigung ausüben?

Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen?  nein  ja,  Woran?

Welche Ärzte haben die verletzte Person deshalb behandelt?

Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten?  nein  ja

Wenn ja, wann und welcher Art?

Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung?  nein  ja

Wodurch und in welchem Grad (%)? (darunter fallen auch Kriegsdienstbeschädigungen)

Bestehen für die verletzte Person noch anderweitig Unfallversicherungen bzw. wurden solche beantragt (z. B. Lebensversicherung mit Unfallzusatz)?  nein  ja

Wenn ja, bei welchem Versicherungsunternehmen (Versicherungsnummer, wenn bekannt auch Schadennummer)?

Name  Anschrift

Versicherungsnummer  Schadennummer

Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft?

Bei welcher Krankenkasse besteht Versicherungsschutz?

An wen ist eine Versicherungsleistung auszuführen?

(Bankverbindung bitte angeben – das beschleunigt die Auszahlung) Kontonummer  Bankleitzahl   
Kreditinstitut

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 Heilberufs ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich 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 Fall meines Todes die genannten Personen.  
Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; außerdem für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich als gesetzlicher Vertreter ab für  die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, daß alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen schriftlich an die Hauptverwaltung abzugeben sind. Die Vermittler sind zur Entgegennahme nicht bevollmächtigt.**

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Kunden