

Bitte Belege, Verletzungs- und Behandlungsnachweise beifügen
(z. B. Kopie des ärztlichen Befund-/Behandlungsberichtes, ggf. des
Entlassungsberichtes des Krankenhauses) und vollständig
ausgefüllt und unterschrieben an:

FVB GmbH · Postfach 1962 · 49009 Osnabrück

Herrn/Frau/Firma

FVB
Gesellschaft für Finanz-
und Versorgungsberatung mbH
Arndtstr. 15
49078 Osnabrück

Tel.: 05 41 / 33 56 - 453
Fax: 05 41 / 33 56 - 5441
E-Mail: schaden@fvb.de
www.fvb.de

Datum: _____

Melde-Datum: _____

Unfallanzeige

Versicherer

Versicherungsschein-Nummer

1. Angaben zum Versicherungsnehmer

1.1 Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

Telefon tagsüber:

Telefax:

Telefon abends:

E-Mail:

Anschrift, (Straße, Postleitzahl, Ort):

2. Angaben zur verletzten Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird

2.1 Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

Telefon tagsüber:

Telefax:

Telefon abends:

E-Mail:

2.2 Anschrift, (Straße, Postleitzahl, Ort): _____

Berufstätigkeit:

Arbeitgeber

(mit Anschrift der Arbeitsstätte):

2.3 Krankenversicherung besteht bei
(mit Anschrift und Versicherungsnummer):

2.4 Bestehen für die verletzte Person weitere
Unfallversicherungen
(ggf. über Arbeitgeber, Sportverein,
Gewerkschaft etc.)?

Nein

Ja, und zwar (bitte mit Anschrift und Versicherungs-
oder Bearbeitungsnummer):

3. Angaben zum Unfall

3.1 Unfalldatum, Uhrzeit:

Unfalldatum:

Uhrzeit:

Unfallort (ggf. mit Straße, Nr.):

nähere Beschreibung des Unfallortes
(z. B. Büro, Werkstatt etc.):

3.2 Unfallhergang:

Unfallursache:
(aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf. bitte auf gesondertem Blatt fortführen):

3.3 Arbeitsunfall?

Nein Ja

Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte?

Nein Ja

3.4 Wird/wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet?

Nein Ja, und zwar (bitte Namen, Anschrift und – soweit bekannt – Aktenzeichen angeben):

3.5 Behördliche Unfallaufnahme (z. B. Polizei, Gewerbeaufsicht)?

Nein Ja, und zwar (bitte Behörde, Anschrift, Telefonnummer und Aktenzeichen angeben):

3.6 Augenzeugen des Unfalles (bitte möglichst mit vollständiger Anschrift):

3.7 Alkoholgenuss oder Einnahme von Drogen oder Medikamenten 12 Stunden vor dem Unfall?

Nein Ja, und zwar (Art und Menge):

Blutprobenentnahme?

Nein Ja, Ergebnis _____ Promille

4. Fragen zu den Unfallfolgen und zur Unfallbehandlung

4.1 Verletzter Körperteil und Art der Verletzung:

4.2 Erfolgte eine stationäre Unfallbehandlung?

Nein Ja, vom _____ bis _____

4.3 Erstmalige Unfallbehandlung (Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses):

Behandlungsbeginn: _____ Behandlungsende: _____

4.4 Weitere Unfallbehandlungen (Namen und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser):

Behandlungsbeginn: _____ Behandlungsende: _____

Behandlungsbeginn: _____ Behandlungsende: _____

Behandlungsbeginn: _____ Behandlungsende: _____

5. Fragen zu Vorerkrankungen und Vorunfällen der verletzten Person

- 5.1 Lagen zur Zeit des Unfalles Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor?
- Nein, die verletzte Person war völlig gesund
- Ja, folgende: _____
- _____
- Resultiert daraus eine Invalidität, Rente, Pflegestufe oder Arbeitsunfähigkeit?
- Nein Ja, ggf. Grad der Behinderung _____ %
- Pflegestufe: _____ seit: _____
- (Bitte ggf. Kopie des Bescheides beifügen)
- 5.2 Von welchen Ärzten ist die verletzte Person in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall behandelt worden?
- _____
- _____
- _____
- 5.3 Frühere Unfälle der verletzten Person?
- Nein Ja, und zwar (bitte Unfalldatum und betroffenes Körperteil sowie die Art der Verletzung angeben):
- _____
- _____
- _____
- _____

6. Fragen bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

- 6.1 Kraftfahrzeugart:
- PKW Moped
- LKW Mofa
- Motorrad/-roller sonstiges: _____
- Amtliches Kennzeichen: _____ Fahrgestell-Nr. (FIN): _____
- 6.2 Fahrer:
- Führerscheinklasse: _____
- Fahrerlaubnis entzogen?
- Ja Nein
- 6.3 War die verletzte Person gem. Ziff 2. dieses Fragebogens ordnungsgemäß angegurtet?
- Ja Nein
- 6.4 Fahrzeughalter: _____
- Wie viel Insassen hatte das Unfallfahrzeug? _____
- 6.5 Namen und Anschriften aller Insassen:
- _____
- _____
- _____
- _____

7. Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen

BLZ (BIC): _____	Name des Geldinstitutes: _____
Kto-Nr. (IBAN): _____	Inhaber: _____

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung der geltend gemachten Ansprüche die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den übermittelten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) sowie aus Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Damit der Versicherer die notwendigen Prüfungen durchführen kann, ist eine Schweigepflichtentbindungserklärung erforderlich. Die Schweigepflichtentbindungserklärung kann entweder für jede erforderliche Einzelanfrage des Versicherers oder generell für alle zur Abwicklung des Schadenfalles erforderlichen Anfragen erteilt werden. Die Abgabe einer generellen Schweigepflichtentbindungserklärung ist in der Regel zweckmäßig, weil sich oft erst im Nachhinein ergibt, ob und ggf. welche weiteren Informationen für die sachgerechte Prüfung benötigt werden. Wenn die generelle Schweigepflichtentbindungserklärung erteilt wurde, kann der Versicherer ohne zusätzliche Rückfragen und ohne die damit notwendigerweise verbundenen Verzögerungen die erforderlichen Prüfungen durchführen.

Bitte kreuzen Sie an, für welche Alternative Sie sich entscheiden:

- Generelle Schweigepflichtentbindungserklärung gem. Anlage**
- Schweigepflichtentbindung je Einzelfall**

Eine generelle Schweigepflichtentbindung für die Abwicklung des gesamten Schadenfalles gebe ich nicht ab. Daher teilt mir der Versicherer – falls erforderlich – mit, von welchen Personen oder Behörden eine Auskunft benötigt wird. Ich erkläre dann jeweils schriftlich, ob ich die genannten Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde oder ob ich die benötigten Auskünfte auf eigene Initiative und Verantwortung beschaffe und dem Versicherer vorlege. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zu einer Verzögerung der Schadenbearbeitung führen kann.

Belehrung des Versicherers _____ und Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen einer Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

(des weiteren gelten die dem Vertrag zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen)

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann. Auf Bedarf kann der Versicherer außer der Schadenanzeige weitere Unterlagen, Fotos, Informationen oder Fragebögen anfordern.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns 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 wie können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres 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 bleiben wir 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 unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer 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.

Auskunftsermächtigung und Schweigepflichtenbindungserklärung für den Versicherer _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Betrifft: **Unfall/Schadenfall vom** _____

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, die mit der Heilbehandlung betraut worden sind oder die in den zur Anspruchsbegründung vorgelegten Unterlagen genannt sind, gegenüber dem oben genannten Versicherer von Ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen auch über meinen Tod hinaus.

Ich ermächtige andere Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger, Behörden und sonstige Institutionen, die aus Anlass des oben bezeichneten Unfalls/Schadenfalls tätig wurden oder zukünftig tätig werden, dem oben genannten Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Sofern zur medizinischen Beurteilung der Unfallfolgen auf unfallunabhängige Erkrankungen und Vorschädigungen eingegangen werden muss, bezieht sich meine Erklärung hierauf.

Weiterhin ermächtige ich meinen Arbeitgeber, dem oben genannten Versicherer Informationen über meinen dortigen Tätigkeitsbereich zur Verfügung zu stellen.

Die erhobenen Gesundheitsdaten können von dem oben genannten Versicherer im erforderlichen Umfang zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche an externe berufskundliche oder medizinische Gutachter übermittelt werden, welche ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen.

Erklärung für Kinder und gesetzlich vertretene Personen:

Vorstehende Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.*

Diese Auskunftsermächtigung- und Schweigepflichtenbindungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bin nicht verpflichtet, die vorstehende pauschale Schweigepflichtenbindungserklärung abzugeben. Von der Möglichkeit, stattdessen die von dem oben genannten Versicherer für die Anspruchsprüfung benötigten Unterlagen auf konkrete Einzelanforderung hin auch auf eigene Initiative und Verantwortung selbst zu beschaffen bzw. im Einzelfall über eine Entbindung von der Schweigepflicht nach freiem Ermessen zu entscheiden, mache ich jedoch keinen Gebrauch.

Ort, Datum

Unterschrift

* Kinder sollten spätestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres eine eigene Erklärung abgeben.