



Schadenanzeige | Unfall

Bitte senden Sie uns dies vollständig ausgefüllte und unterschriebene Unfall-Anzeige und Schweigepflichts-entbindungserklärung innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt und unterschrieben an folgende Anschrift: **Waldenburger Versicherung AG, Max-Eyth-Straße 1, 74638 Waldenburg**. Vielen Dank.

Policen-/Versicherungsschein-Nummer

Vorgangsnr. (wird von Waldenburger ausgefüllt)

Versicherungsnehmer

| | |
|----------------------|----------------------|
| Name Vorname | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße Hausnummer | |
| <input type="text"/> | |
| PLZ Ort | |
| <input type="text"/> | |
| Fon | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Versicherte Person

| | |
|----------------------|----------------------|
| Name Vorname | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße Hausnummer | |
| <input type="text"/> | |
| PLZ Ort | |
| <input type="text"/> | |
| Fon | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Beruf Tätigkeit | Versichert seit |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Die Leistungszahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Die Leistungszahlung erfolgt im Regelfall an die versicherte Person (oder Bezugsberechtigte). Ist bei einer Gruppen-Versicherung kein Direktanspruch der versicherten Person mit uns vereinbart und stimmt der Versicherungsnehmers der Zahlung an die versicherte Person nicht zu, bitte Bankverbindung des Versicherungsnehmers angeben.





Bankverbindung

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Name Vorname Kontoinhaber | Name Geldinstitut |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| IBAN | BIC |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

1 | Angaben zum Unfallhergang

| | |
|--|---|
| Unfalldatum/-Uhrzeit | <input type="text"/> |
| Unfallort | <input type="text"/> |
| Der Unfall fand statt | <input type="checkbox"/> während der Berufsausübung <input type="checkbox"/> auf dem Weg von/zur Arbeitsstelle <input type="checkbox"/> auf einer Dienstreise <input type="checkbox"/> in der Freizeit |
| Schilderung des Unfalls (bitte genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs und der Ursache) (ggf. Zusatzblatt ver- wenden) | <input type="text"/> |

2 | Gibt es Zeugen?

nein ja - bitte Namen und Anschrift angeben

3 | Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

nein

Tagebuch-Nummer

ja - von Polizeidienststelle

4 | War die versicherte Person Lenker oder Insasse eines Fahrzeugs? (z.B. Pkw, Motorrad, Luftfahrzeug, Luftsportgerät, Boot)

nein ja - Insasse

Art des Fahrzeuges Kennzeichen

ja - Lenker (falls Lenker bitte Kopie des Führerscheins beilegen)





5 | Hat die versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol / Drogen / Medikamente zu sich genommen?

| | | |
|---------------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - was, wieviel und in welchem Zeitraum | <input type="text"/> |
| Wurde eine Blutprobe entnommen? | | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - Ergebnis | <input type="text"/> |

6 | Welche Folgen hat der Unfall gehabt? (Art und Umfang der Verletzungen)

7 | Ärztliche Behandlung

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Beginn der ärztlichen Behandlung Datum | <input type="text"/> | |
| Name, Anschrift des erstbehandelnden Arztes | <input type="text"/> | |
| Letzte Behandlung Datum | <input type="text"/> | |
| Name, Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes | <input type="text"/> | |
| Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung | von <input type="text"/> | bis <input type="text"/> |
| Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

8 | Befand sich die versicherte Person in vollstationärer Behandlung? (Bitte Kopie des ärztlichen Entlassungsberichtes einreichen)

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | von <input type="text"/> | bis <input type="text"/> |
| Name, Anschrift des Krankenhauses | | <input type="text"/> | |





9 | Litt die versicherte Person vor dem hier gemeldeten Unfall bereits an Krankheiten oder Gebrechen?

(z. B. Epilepsie, Parkinson, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel- oder Schlaganfall, Bluthruckerkrankung, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden, Krebserkrankung)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Angabe, welche Krankheiten oder Gebrechen | |
| Welche Ärzte behandelten die erwähnten Erkrankungen? Bitte Name und Anschrift | |

10 | Bezieht die versicherte Person eine Rente?

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - seit wann | |
| Name und Anschrift des Rententrägers | |

11 | Hat die versicherte Person schon früher Unfälle gehabt, die zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Datum angeben | |
| Art der Verletzung | |

12 | Hat die versicherte Person schon einmal eine Invaliditätsleistung erhalten?

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Datum angeben | |
| Name, Anschrift Gesellschaft | |
| Aktenzeichen | |





13 | Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften?

(z.B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine, etc.)

| | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - bei weiteren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden |
| Name Gesellschaft | <input type="text"/> |
| Anschrift | <input type="text"/> |
| Vertragsnummer | <input type="text"/> |
| Aktenzeichen | <input type="text"/> |
| Name Sachbearbeiter | <input type="text"/> |
| Kontakt Sachbearbeiter | <input type="text"/> |

14 | Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet bzw. der Unfallkasse?

| | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - welcher | <input type="text"/> |
| Name, Anschrift Gesellschaft | <input type="text"/> | |
| Aktenzeichen | <input type="text"/> | |

15 | Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?

| | |
|-----------------|----------------------|
| Name, Anschrift | <input type="text"/> |
| Aktenzeichen | <input type="text"/> |





Schlussklärung & Unterschrift

Die untenstehende Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich zur Kenntnis genommen. Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Unfall-Anzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person (oder Angehöriger/Vertreter)

Unterschrift Versicherungsnehmer

Name/Vorname des/der Unterzeichner/s bitte in DRUCKBUCHSTABEN eintragen:

Versicherungssummen der versicherten Person (auszufüllen durch Versicherungsnehmer)

| | |
|--|------|
| für dauernde Invalidität für den Todesfall | Euro |
| Krankenhaustagegeld | Euro |
| Tagegeld | Euro |
| | Euro |

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer zur Bestätigung der oben angegebenen Versicherungssummen. Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift die Zugehörigkeit des Anspruchstellers zum Vertrag sowie die für ihn vereinbarten individuellen Versicherungssummen.

**Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG
 über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, 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 Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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.





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 wir 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 Versicherungsfalls 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

