

Schadenanzeige Unfall

Versicherungsnummer: _____ Schaden-Nr.: _____

Sehr geehrter Barmenia-Kunde,

wir erhielten Kenntnis von dem Schadensfall und bitten Sie, diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an die Hauptverwaltung sofort zurückzusenden.

Bitte bedenken Sie, dass wir Ihre Angaben benötigen, um den Schadensfall bearbeiten zu können.

Mit freundlichen Grüßen
Abt. Schaden BA

Versicherungsnehmer

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| Name, Vorname | Geb.-Datum |
| Straße, Hausnummer | ausgeübter Beruf / seit wann? |
| Postleitzahl, Wohnort | Tel.-Nr. |
| E-Mail | |
| Konto für Zahlungen Nr. | Konto-Inhaber |
| Geldinstitut | Bankleitzahl |

Verletzter

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| Name, Vorname | Geb.-Datum |
| Straße, Hausnummer | ausgeübter Beruf / seit wann? |
| Postleitzahl, Wohnort | |
| Schadendatum | Uhrzeit |
| Schadenort | Straße |

Schildern Sie bitte den Hergang des Unfalls:

| | | | |
|---|--|--|-------------------------------|
| Hat der/die Verletzte in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken? | <input type="checkbox"/> ja | Art und Menge? | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutprobe: | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| Ergebnis: | ‰ | | |
| Folgende Zeugen beobachteten den Unfall (Name, Anschrift): | | | |
| Der Vorfall wurde aufgenommen von der Polizeidienststelle in: | | Aktenzeichen: | |
| Art der Verletzungen: | | Ggf. auch Anschrift und Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft: | |
| Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses: | | | |
| Stationär behandelt vom | | bis | |
| Bestehen an den verletzten Körperteilen bereits Gesundheitsschädigungen durch einen anderen Unfall oder einer Erkrankung? | <input type="checkbox"/> ja, welche | | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt bereits eine Einstufung in eine Pflegestufe der Pflegepflichtversicherung vor oder wurde eine beantragt? | <input type="checkbox"/> ja, seit wann | | <input type="checkbox"/> nein |
| Bestand vor dem Ereignis eine Invalidität? | <input type="checkbox"/> ja | % | <input type="checkbox"/> nein |
| Bei welchen Gesellschaften und unter welcher Vers.-Nr. bestehen sonst noch Unfallversicherungen? | | | |
| Bei welcher Krankenkasse bzw. privatem Krankenversicherer besteht eine Krankenversicherung (ggf. Aktenzeichen)? | | | |
| Ist die verletzte Person bei Berufs- und Wegeunfällen durch eine Berufsgenossenschaft oder eine sonstige gesetzl. Unfallversicherung versichert? (Bitte auch beantworten, wenn sich der Unfall in der Freizeit ereignet hat.) | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft oder einer sonstigen gesetzl. Unfallversicherung gemeldet? | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| Ggf. Anschrift der Berufsgenossenschaft oder der sonstigen gesetzl. Unfallversicherung: | | | |
| Hat sich der Unfall in der Freizeit zugetragen? | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| Besondere Fragen bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges | | | |
| Fabrikat des Fahrzeuges | | Amtliches Kennzeichen | |
| Wer hatte den Sicherheitsgurt angelegt? | | Zahl der Insassen | |
| Name, Adresse des Fahrers | | | |
| Führerschein des Fahrers Klasse | | ausgestellt am | |

Wichtige Hinweise!

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Auf Grund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Pflichten mitversicherter Personen/Dritter:

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

Ort / Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers