

## Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Durch sorgfältiges Ausfüllen ermöglichen Sie eine schnelle Bearbeitung und ersparen Rückfragen. Es gilt das Angekreuzte.

NV-Versicherungen VVaG

Alles bestens.



### Versicherungsnehmer

Mitglieds-Nr.

Nachname, Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Beruf/Art des Betriebes

Telefon

Eingangsstempel

Schaden-Nr.

### Verletzte Person

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Telefon

Postleitzahl, Wohnort

Ausgeübter Beruf

### Unfallhergang

1. Wann und wo ereignete sich der Unfall?

Datum

Uhrzeit

Unfallort/-stelle (Straße, Platz, Nr.)

2. Bei welcher Gelegenheit?  Bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten  Auf dem Wege dorthin oder von dort  Bei sonstiger Gelegenheit

3. Wie hat sich der Unfall ereignet? Bitte ausführlich schildern.

4. Worin bestehen die Verletzungen (Diagnose)?

5. Haben Zeugen den Vorfall beobachtet?  Ja  Nein

Nachname, Vorname  Telefon

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

6. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  Ja  Nein

Anschrift der Polizeidienststelle  Aktenzeichen

7. Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen?  Ja  Nein Ergebnis  ‰

8. Wurde ein Drogentest durchgeführt?  Ja  Nein Ergebnis

Bitte Rückseite beachten!

**Ärztliche Behandlung**9. Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Datum Uhrzeit Name und Anschrift des Arztes 10. War eine stationäre Behandlung erforderlich?  Ja  NeinName und Anschrift des Krankenhauses 

11. Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?

Namen und Anschriften 12. Findet z.Zt. noch ärztliche Behandlung statt?  Ja  NeinVoraussichtliche Behandlungsdauer 13. Wer ist jetzt der behandelnde Arzt? Name und Anschrift 14. Wird ein Dauerschaden erwartet?  Ja  Nein**Vorerkrankungen und frühere Unfälle**15. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund?  Ja  NeinArt der Krankheiten oder Leiden 16. Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?  Ja  NeinWenn ja, wann? Höhe der Entschädigung Von welcher Gesellschaft? Art der Verletzung 17. Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente?  Ja  NeinHöhe der Rente  %Von welchem Versicherungsträger? **Weitere Versicherungen**18. Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen?  Ja  NeinGesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.-Summen 

19. Welcher Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?

Name und Anschrift 

20. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen)

Name und Anschrift **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck befreie ich hiermit - mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar - die Angehörigen von Heilberufen, Krankenanstalten sowie weiteren Versicherern, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen auch über meinen Tod hinaus.

Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquelle die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene(n)

ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann. 

**Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieses Verhaltens (Obliegenheit) hat für Sie die folgenden Konsequenzen:**

**Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.**

**Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.**

Versicherungsnehmer:

Verletzte Person:

  
Datum  
Unterschrift  
Datum  
Unterschrift

Nur von der NV-Hauptverwaltung auszufüllen!

| Produkt | Beginn | Tod | Invalidität | Progression | Rente | Übergangsleistung | KHT |
|---------|--------|-----|-------------|-------------|-------|-------------------|-----|
|         |        | €   | €           | %           | €     | €                 | €   |