

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 die Ostdeutsche Versicherung AG 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?
Wenn aus dem öffentlichen Dienst ausgeschieden, wann?

nein ja
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?

Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Drogen zu sich genommen? Wenn ja, wann und in welcher Menge?

nein ja

Wie war 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? verletzte/r Körperteil/e

nein ja

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