

Telefon: 089/51 52 -	Fax: 089/51 52 – 18 91	SB:
----------------------	------------------------	-----

MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe, 80283 München
 Firma/Herrn/Frau

Schaden-Nr.

Unfall-Schadenanzeige

Versicherungsnummer

GS/Agt.

Zahlung wird erbeten an:

Versicherungsnehmer: versicherte Person:

Bankverbindung: _____

BLZ: _____

Kontonummer: _____

Kontoinhaber _____

Telefon: _____
 Fax: _____

- 1 a) Vor- und Nachname des Verletzten: a) _____
 b) Geburtsdatum/Familienstand: b) _____ ledig, verwitwet, verheiratet
 c) Beruf: c) _____
 d) Anschrift: d) _____

2 An welchem Tag und zu welcher Stunde hat sich der Unfall ereignet? Datum: _____ Uhrzeit: _____

3 Ort des Unfalls _____

- 4 a) Wo und bei welcher Gelegenheit hat der Versicherte den Unfall erlitten? a) _____

 b) Handelt es sich um einen Unfall bei Ausübung des Berufes oder auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte? b) _____

5 Wodurch ist der Unfall verursacht worden, und wie ist sein Hergang gewesen? (Diese Frage ist so **ausführlich** zu beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt!)

-
- 6 a) Welche Folgen hat der Unfall gehabt?
Verletzter Körperteil?
Art der Verletzung? a) _____

- b) Hat die Verletzung eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit
des Versicherten zur Folge gehabt? b) nein , ja , inwieweit? _____

- c) Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden? c) nein , ja
-

- 7 a) Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalls ange-
geben werden? a) _____
- b) Ist der Unfall einer Polizeidienststelle gemeldet worden?
Welcher? b) nein , ja : _____
- c) Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall
Alkohol zu sich genommen? c) nein , ja
- d) Wenn ja, um wieviel Uhr und welche Menge? d) _____
- e) Wurde dem Verletzten nach dem Unfall eine Blutprobe
entnommen? e) nein , ja
-

8 An welchem Tag und bei welchem Arzt (Name und Anschrift) hat
sich der Verletzte erstmals in Behandlung begeben? _____

9 Welche Ärzte(Name und Anschrift) wurden wegen des Unfalls
außerdem noch in Anspruch genommen? _____

10 Welches ist nach ärztlicher Ansicht die voraussichtliche Heildauer? _____

- 11 a) War der Verletzte zur Zeit des Unfalls mit einem Leiden oder
Gebrechen behaftet?
Mit welchem? a) nein , ja : _____
- b) Welchen Arzt oder welche Ärzte hat der Verletzte in den
letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen?
Aus welcher Veranlassung (Krankheit oder Unfall) und wann ist
dies geschehen? b) _____

-

- 12 a) Hat der Verletzte schon früher einen Unfall erlitten?
Wann und welche Art? a) nein , ja : _____
- b) Erhält der Verletzte Leistungen aus der Pflegeversicherung?
Oder hat der Verletzte diese beantragt? b) nein , ja
- c) Aus welcher Pflegestufe? c) Pflegestufe: _____ seit _____
-

- 13 a) Bei welcher Gesellschaft oder bei welcher Berufsgenossen-
schaft ist der Verletzte noch gegen Unfall (auch Lebensver-
sicherung mit Unfall-Zusatz und Kfz-Unfallversicherung) ver-
sichert (auch erloschene)? a) _____

- b) Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung oder Familienver-
sicherung gehört der Verletzte an? b) _____

- c) Ist der Unfall der Krankenversicherung bereits gemeldet? c) nein , ja
-

Ort/Datum

Unterschrift verletzte Person bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des **Versicherungsnehmers**

Anlage zur Schadenanzeige

1. Hinweise für den Schadenfall

- Allgemein

Was Sie im einzelnen bei uns versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben. Wichtig ist, dass Sie uns möglichst genau mitteilen, wie sich der Unfall (detaillierte Schilderung des Unfallhergangs) ereignet hat und welche Verletzungen eingetreten sind

- Obliegenheiten

Im Schadenfall gibt es sowohl in Ihrem Versicherungsvertrag als auch im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Obliegenheiten und Fristen, die Sie beachten sollten. Sie gefährden sonst möglicherweise Ihren Versicherungsschutz. Auf die wichtigsten Punkte möchten wir Sie nochmals hinweisen.

- Invaliditätsleistung

Grundsätzlich setzt ein Anspruch auf Invaliditätsleistung voraus, dass die körperliche / geistige Leistungsfähigkeit oder eine Gliedmaße / ein Sinnesorgan durch den Unfall auf Dauer beeinträchtigt ist (Invalidität). Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten, gerechnet vom Unfalltag an, von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten, gerechnet vom Unfalltag an, von Ihnen geltend gemacht werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde.

Im Einzelfall können zu Ihren Gunsten verlängerte Fristen vereinbart worden sein, die aus dem Versicherungsbedingungen ersichtlich sind.

- Übergangsleistung (soweit mitversichert)

Ein Anspruch auf Übergangsleistung muss spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes von Ihnen bei uns geltend gemacht werden. Dies gilt unabhängig davon, ob uns der Unfall bereits zuvor gemeldet wurde. Wird diese Frist zur Geltendmachung versäumt, kann dies zum Verlust des Anspruches auf Übergangsleistung führen.

- Weitere Leistungsarten

Beachten Sie bei weiteren Leistungsarten bitte unbedingt die in den Versicherungsbedingungen vermerkten Fristen.

2. Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder einreiche.

Des Weiteren ist mir bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, die folgende pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben. Ich habe stattdessen die Möglichkeit, die von der Münchener Verein Allgemeine Versicherung AG für die Anspruchsprüfung benötigten Unterlagen auf konkrete Einzelanforderung hin auch selbst zu beschaffen oder im Einzelfall über eine Entbindung von der Schweigepflicht nach freiem Ermessen zu entscheiden. Von dieser Möglichkeit mache ich jedoch keinen Gebrauch.

Ich entbinde mit dieser Erklärung alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörige von Heilberufen, Behörden, andere Personenversicherer und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger von ihrer Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Ferner stimme ich einer Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter zu.

Diese Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir zu jeder Zeit für die Zukunft widerrufen werden,

Ort/Datum

Unterschrift verletzte Person bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des **Versicherungsnehmers**