

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

pronovus Versicherungsservice GmbH

Spessartstr. 9a • 64380 Roßdorf

Tel.: 06071 / 74 88 54 8

Fax: 06071 / 74 88 54 7

info@pronovus-vs.de

http://www.pronovus-vs.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Versicherungsnummer: Versicherungsunternehmen:	☐ Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt ☐ Info über Regulierung erbeten ☐ Schriftverkehr an Versicherungsnehmer ☐ Schriftverkehr an Versicherungsmakler
Verletzte Person Bitte je verletzter Person eine separate Schadenanzeige ausfüllen	Name: Geb.datum: Anschrift: Beruf: ausgeübte Tätigkeit:
Wichtiger Hinweis - bitte unbedingt beachten:	Um einen Anspruch auf Invaliditätsleistung zu erhalten ist es erforderlich, dass Sie die im Vertrag festgelegten Fristen zur Anmeldung eines Dauerschadens einhalten. Wir erteilen gerne Auskunft zu diesen Fristen. Bitte kommen Sie spätestens 9 Monate nach Eintritt des Unfalls auf uns zu, wenn ein Dauerschaden voraussichtlich gegeben ist oder wahrscheinlich eintritt, damit wir die weiteren Maßnahmen einleiten können.
Unfalltag / Uhrzeit	/
Wo hat sich der Unfall ereignet (Anschrift)?	

Genaue Schilderung des Unfallhergangs:

Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern - ggf. gesondertes Blatt verwenden.

Art und Umfang der Verletzung

Hat die verletzte Person vor dem Unfall

- Alkohol getrunken?
Blutprobe entnommen?
- Drogen konsumiert?
- Medikamente eingenommen?

☐ nein ☐ ja
☐ nein ☐ ja, Menge ‰
☐ nein ☐ ja, welche
☐ nein ☐ ja, welche

Unfall als **Lenker eines Fahrzeugs**

☐ nein ☐ ja
 Wenn **ja**, Fahrzeugart und Anzahl der Personen im Fahrzeug angeben:
 /
 Wenn **ja**, Führerschein gültig?
☐ nein ☐ ja, Führerscheinklasse

Besteht in Folge des Unfalls **Arbeitsunfähigkeit**?

☐ nein ☐ ja
 Wenn **ja**, wie lange voraussichtlich?

Ist/war eine **stationäre Krankenhausaufnahme** nötig?

☐ nein ☐ ja
 Wenn **ja**, wie lange (voraussichtlich)?

 Die Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt
☐ liegt bei
☐ wird nachgereicht

Behandelnder Arzt oder Krankenhaus für die Erstversorgung	
Aktuell behandelnder Arzt oder Krankenhaus	
Erlitt die verletzte Person den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Sofern ein Dritter am Unfall beteiligt war und als Unfallverursacher in Frage kommt bitte folgende Angaben machen	Name: Anschrift: Bei Jugendlichen zusätzlich: Geburtsdatum: Erziehungsberechtigter:
Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung ?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , bitte Versicherer und Versicherungsschein-Nr.:
Welche Zeugen können Sie benennen?	Name: Anschrift:
Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:
Wurden oder werden für die verletzte Person weitere Ansprüche bei anderen Unfallversicherungen oder einer Berufsgenossenschaft geltend gemacht?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , bitte Versicherer und VS-Nr angeben:
Bestanden Vorerkrankungen oder Vorschädigungen innerhalb der letzten 5 Jahre vor dem Zeitpunkt des Unfalls?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , bitte nähere Informationen
Abwicklung / Kommunikation	
Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?	☐ Festnetz ☐ Handy ☐ E-Mail ☐ sonstiges

Schadenmeldung Unfallversicherung / Seite 4/5

Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.	
Regulierungsempfehlung des Maklers:	☐ Regulierung nach Sach- und Rechtslage ☐ Regulierung in Höhe von € an ☐ Versicherungsnehmer ☐ Anspruchsteller ☐
Auszahlung der Versicherungsleistung bitte auf folgende Bankverbindung:	Konto: BLZ: Kontoinhaber: bei: IBAN:
Der Versicherungsnehmer ist mit einer Auszahlung auf das Konto der versicherten Person einverstanden:	 Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer
Zusätzliche Bemerkungen:	
Schweigepflichtentbindung: Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben.	Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden Möglichkeiten:
☐ Möglichkeit I Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.	☐ Möglichkeit II Die nebenstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungspflicht, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

 Schadenmeldung Unfallversicherung / Seite 5/5

Diese Entscheidung treffe ich für die nebenstehend genannte(n) Person(en), welche von mir gesetzlich vertreten wird/werden und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann/können.	
Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung: Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter (externe untersuchende und beratende Ärzte) einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.	Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiter nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.
Unterschrift(en): _____ Ort, Datum, Unterschrift (Versicherungsnehmer)	_____ Ort, Datum, Unterschrift (versicherte Person/gesetzl. Vertreter)
Interne Notizen Mitarbeiter: Datum : Uhrzeit: von bis	☐ telefonische Erfassung ☐ schriftliche Kundenangaben ☐ persönliche Besprechung ☐ im Maklerbüro ☐ beim Kunden ☐
Rev009 vom 31.01.2020	☐ Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.