

<b>Versicherungsscheinnummer:</b>  <hr/> <b>Schadennummer:</b>	<h2>Schadenanzeige – Unfall</h2>
--	----------------------------------

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
 bitte senden Sie diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an Ihre/n MLP-Berater/-in bzw. direkt an die jeweilige Versicherungsgesellschaft zurück. Vielen Dank.

### A. Angaben zum Versicherungsnehmer

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Land:
Telefonnummer (tagsüber und/oder privat):	E-Mail Adresse:
Beruf:	Arbeitgeber / beschäftigt bei:
Bankverbindung des Versicherungsnehmers bzw. der verletzten Person für evtl. Entschädigungsleistungen: Name des Geldinstitutes: Kontoinhaber:	Konto-Nr: BLZ:

### B. Angaben zur verletzten Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Land:
Telefonnummer (tagsüber und/oder privat):	E-Mail Adresse:
Beruf:	Arbeitgeber / beschäftigt bei:

### C. Angaben zum Unfallgeschehen

**Hinweis: Folgende Fristen müssen für einen Anspruch auf Invaliditätsleistung unbedingt eingehalten werden:**

1. Frist, innerhalb derer eine dauerhafte Invalidität eintreten muss (je nach Versicherer zwischen 12 und 24 Monate ab Schadentag).
2. Frist, anschließend an 1. Frist, innerhalb derer die Invalidität von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer beim Versicherer geltend gemacht werden muss (zwischen 3 und 12 Monate ab Ende der 1. Frist).

Datum des Ereignisses: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt des Ereignisses: \_\_\_\_\_

Unfallort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

---

**D. Bitte geben Sie uns eine ausführliche Schilderung des Unfallgeschehens**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**E. Weitere Angaben zum Unfallgeschehen und zur Behandlung der Unfallfolgen**

1. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  nein  ja

Dienststelle: \_\_\_\_\_ Tagebuchnummer: \_\_\_\_\_

2. Welche Augenzeugen des Unfalls können Sie nennen? (bitte Namen und Anschriften angeben)

---

3. Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken?  nein  ja

Wenn ja, was und welche Menge? \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ (Uhrzeit/Datum)

4. Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen?  nein  ja

Wenn ja, Blutalkoholgehalt in o/oo zum Unfallzeitpunkt: \_\_\_\_\_

5. Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?  nein  ja

Wenn ja, Art der Medikamente bzw. Rauschmittel? \_\_\_\_\_

6. War die Ursache für den Unfall eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall, Epilepsie oder dergleichen)?  nein  ja

7. Welche Verletzungen sind durch das Unfallereignis aufgetreten (Art der Verletzung, betroffene Körperteile)?

---

---

---

---

---

8. An welchem Tag, zu welcher Stunde und durch wen wurde zuerst ärztliche Hilfe geleistet?

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Arzt/Klinik (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

9. Wann und durch wen wurde die Behandlung fortgesetzt?

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Klinik/Arzt.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Klinik/Arzt.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Klinik/Arzt.: \_\_\_\_\_

10. Ist / war eine stationäre Behandlung erforderlich?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? \_\_\_\_\_ Wurde beendet am: \_\_\_\_\_

11. Findet / fand eine ambulante Behandlung statt?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? \_\_\_\_\_ Wurde beendet am: \_\_\_\_\_

12. Wurde die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben?  nein  ja, ab: \_\_\_\_\_

Ist die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bereits beendet?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein? \_\_\_\_\_

13. Ist nach ärztlicher Meinung mit dauernden Unfallfolgen (Invalidität) zu rechnen?  ja  nein

14. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig?  ja  nein

Wenn nein, welche anderen Erkrankungen lagen vor? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt/Klinik hat diese Erkrankung wann behandelt? \_\_\_\_\_

15. Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten?  nein  ja

Wenn ja, wann und mit welchen Folgen \_\_\_\_\_

16. Besteht für die verletzte Person eine Pflegestufe oder wurde diese beantragt?  nein  ja

Wenn ja, bitte Schriftwechsel / Bescheide beifügen

17. Leidet die verletzte Person an Alzheimer-, Parkinson Syndrom, Multiple Sklerose, Enzephalitis, Morbus Bechterew, Spondylolistesis, HIV Infektion, AIDS-Erkrankung, anlagebedingte vermehrte Knochenbrüchigkeit, Knochenkrebs, Diabetes, Epilepsie, Kurzsichtigkeit auf einem oder beiden Augen mit 8 Dioptrien oder mehr oder ist Dialyse-Patient(-in)?  nein  ja,

Wenn ja, die verletzte Person leidet an: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

und an: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

und an: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

18. Besteht bei der verletzten Person ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder wurde eine solche beantragt?  nein  ja

Wenn ja, bitte Schriftwechsel / Bescheide beifügen

Wie hoch ist der GdB bzw. die MdE? \_\_\_\_\_%

19. Bezieht / bezog die verletzte Person eine Rente?  nein  ja

Wenn ja, bitte Schriftwechsel / Bescheide beifügen

Wer ist der Rententräger?: \_\_\_\_\_

## F. Angaben zu Versicherungen / Sozialversicherungsträgern

1. Besteht für die verletzte Person noch anderweitig Versicherungsschutz gegen Unfälle?  nein  ja

Wenn ja, Name und Anschrift der Versicherung(en) \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer(n) \_\_\_\_\_

2. Handelt es sich um einen

Betriebs-/ Arbeitsunfall  Wegeunfall (auf direktem Wege von/zur Arbeitsstätte)  Unfall ohne Bezug zum Beruf

3. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? \_\_\_\_\_

4. Besteht eine private oder gesetzliche Krankenversicherung?  nein  ja,

Wenn ja, Name und Anschrift der Versicherung(en) \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer(n) \_\_\_\_\_

## G. Bei Unfällen mit Fahrzeugen

1. Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt?  Pkw  Krad/Roller  Fahrrad  \_\_\_\_\_

2. War die verletzte Person Lenker dieses Fahrzeugs?  nein  ja

3. War der Fahrzeuglenker im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?  nein  ja

4. Stand der Fahrzeuglenker unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?  nein  ja

5. Wenn als Autoinsasse, war die verletzte Person angeschnallt?  nein  ja

6. Bei einem Unfall mit einem Fahrrad: Hat die verletzte Person einen Schutzhelm getragen?  nein  ja

## H. Erklärung des Versicherungsnehmers und der verletzten Person

Es besteht die vertragliche Obliegenheit uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Versicherungsgesellschaft zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Unterschrift MLP-Berater/-in / MLP-Geschäftsstelle

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Versicherungsnehmer) Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter

## I. Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Weiterbearbeitung benötigen wir Arztberichte bzw. Auskünfte. Dazu muss die betreffende Stelle von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Wir bitten Sie deshalb, die folgende Erklärung zu ergänzen und zu unterschreiben:

Schadensnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

Ereignis vom: \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtentbindungserklärung für die Unfallversicherung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der verletzten Person

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum der verletzten Person

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. Schadenanzeige, 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 – Ärzte, die Angehörigen von Heilberufen, Krankenhäuser oder Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer die ihm bei der Schadenbearbeitung zugegangenen Unterlagen zur Prüfung an seinen Beratungsarzt weitergibt.

Sollten Sie mit Ihrer Unterschrift die Schweigepflichtentbindungserklärung so umfassend nicht abgeben wollen, wählen Sie bitte durch Ankreuzen folgende Alternative:

- Die oben aufgeführte Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen schriftlich erklären, ob oder 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 Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder teilweise begründen lassen. Für jede zusätzlich erforderliche Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann die Versicherungsgesellschaft eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen.

Diese Erklärung gebe ich persönlich für mich bzw. als gesetzlicher Vertreter / Betreuer der verletzten Person ab.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter

Betrifft diese Anfrage Minderjährige, so ist diese Erklärung vom gesetzlichen Vertreter = Vater, Mutter bzw. Vormund zu unterschreiben; bei Verstorbenen vom betreffenden Rechtsnachfolger mit Einreichung des entsprechenden Nachweises