



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

VMI-Concept GmbH

Kirchröthe 54 • 95511 Mistelbach

Tel.: 09201 / 9170184

Fax: 09201 / 9170185

info@vmi-concept.com

http://www.vmi-concept.com

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Versicherungsnummer: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p>
<p>Verletzte Person Bitte je verletzter Person eine separate Schadenanzeige ausfüllen</p>	<p>Name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Geb.datum: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Beruf: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>ausgeübte Tätigkeit: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>Wichtiger Hinweis - bitte unbedingt beachten:</p>	<p>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.</p>
<p>Unfalltag / Uhrzeit</p>	<p><input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/></p>
<p>Wo hat sich der Unfall ereignet (Anschrift)?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>



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



<p>Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>Auszahlung der Versicherungsleistung bitte auf folgende Bankverbindung:</p>	<p>Konto: <input type="text"/></p> <p>BLZ: <input type="text"/></p> <p>Kontoinhaber: <input type="text"/></p> <p>bei: <input type="text"/></p> <p>IBAN: <input type="text"/></p>
<p>Der Versicherungsnehmer ist mit einer Auszahlung auf das Konto der versicherten Person einverstanden:</p>	<hr/> <p>Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer</p>
<p>Zusätzliche Bemerkungen:</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
<p>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.</p>	<p>Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).</p> <p>Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden Möglichkeiten:</p>
<p><input type="checkbox"/> 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> 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.</p>
<p>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.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>



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
 -

Rev008 vom 30.05.2018

Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.