

**UNFALLBERICHT**

**ENGE+CO** GmbH

Versicherungsmehrfachagentur

**Fax: 030 300 974 44**

**Mail: [info@enge-co.de](mailto:info@enge-co.de)**

**Hinweis:**

Nachstehende Fragen sind wahrheitsgetreu und ausführlich nach bestem Wissen zu beantworten. Bei bewusst unwahren oder unvollständigen Angaben, Verschweigen oder Entstellen von Tatsachen können Sie den Versicherungsschutz verlieren.

Vor / Nachname des Versicherungsnehmers:

---

Anschrift :

---

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsscheinnummer:

---

Vor / Nachname des versicherten Verletzten :

Geburtsdatum:

---

Wohnort, Straße, Haus-Nr. ( falls abweichend ) :

---

Konto bei Bank/Sparkasse :

IBAN :

BIC:

Kontoinhaber::

---

Wann ereignete sich der Unfall?

Datum

Uhrzeit

---

Wo und bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat der

Versicherte den Unfall erlitten?

---

Ausführliche Schilderung des Unfallherganges :

---

---

---

---

---

---

Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalls angegeben werden? Name und Anschrift

Welche Verletzungen hat der/die Versicherte erlitten?

Hat der Unfall Arbeits/Schulunfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt? Wenn ja, inwieweit?

Mit welchem Fahrzeug ereignete sich der Unfall:  PKW  Kraftrad  LKW  sonstige: \_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen

Lenker des Fahrzeuges :

Führerschein des Lenkers : Klasse \_\_\_\_\_ ausgestellt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

ja  nein

Wurde der Vorfall polizeilich aufgenommen?  
**Bestätigung der zuständigen Polizeistelle**

Der Unfall ist registriert als:

Tagebuchnummer:

Anschrift Dienststelle:

Wurde von dem Lenker des benutzten Fahrzeuges eine Blutprobe entnommen?

ja  nein

Ergebnis? \_\_\_\_\_

Wie viele und welche Personen befanden sich zur Unfallzeit in bzw. auf dem Kraftfahrzeug?

An welchem Tage hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung begeben?

Welcher Arzt übernahm die Erstbehandlung?

Falls stationäre Krankenhausaufnahme, Anschrift

Aufenthaltsdauer?

Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes :

Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Medikamente / Rauschmittel zu sich genommen?

ja  nein

Wann: \_\_\_\_\_

Wie viel: \_\_\_\_\_

---

Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen  
Unfälle versichert? Bei welcher ?  
Versicherungsschein-Nr.

---

Hat der Versicherte früher Unfälle erlitten? Wenn ja, welche?

---

Besteht bei einer Krankenkasse oder einer Berufsgenossenschaft  
Versicherungsschutz? Genaue Anschrift erbeten.

---

Hat die verletzte Person bereits Versicherungsleistung/en auf  
Grund von Unfällen erhalten? ( auch Renten)  
Wenn ja : von wem ? Art der Beeinträchtigung ?

---

### **Schweigepflichtentbindung**

Zur Bewertung der Leistungspflicht ist es erforderlich, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befundberichte, Atteste, 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 oder zum Behandlungsverlauf).

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Alternativen:

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall ist die Gesellschaft gegebenenfalls berechtigt, eine Kostenbeteiligung zu verlangen. Die aktuelle Höhe dieser kann ich unproblematisch bei meinem Vermittler/Betreuer oder der entsprechenden Gesellschaft erfragen.

Erklärung für mitversicherte Personen.

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person  
( bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

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

**Sonstige Bemerkungen :**

# Krankenhausaufenthaltsbestätigung

---

Bitte vom Krankenhaus/Arzt bestätigen lassen

## Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder stationären Krankenhausaufenthalt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

war wegen der Folgen des Unfalls vom \_\_\_\_\_

### DIAGNOSE :

---

in stationärer Behandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in stationärer Behandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

arbeitsunfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu % \_\_\_\_\_

arbeitsunfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu % \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_