

Unfallanzeige

Versicherungsnummer (bitte immer angeben)

[Empty input field for insurance number]

Unser Zeichen (in allen Zuschriften bitte angeben)

[Empty input field for reference number]

Beachten Sie bitte unbedingt das beigefügte Hinweisblatt für den Schadenfall und zum Versicherungsschutz in Ihrer Unfallversicherung.

Ist ein Schadenfall eingetreten, haben Sie eine Reihe von vertraglich vereinbarten Obliegenheiten zu beachten. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann das Versicherungsunternehmen den Versicherungsschutz bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung vollständig, bei grob fahrlässiger Obliegenheitsverletzung zumindest teilweise versagen.

Versicherungsnehmer

Vorname, Name

eventuell Firmenbezeichnung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber

Ausgeübter Beruf / Tätigkeit bzw. Betrieb

Ist der Versicherungsnehmer bzw. dessen Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt?

nein ja Dienststelle

Wenn aus dem öffentlichen Dienst ausgeschieden, wann?

Datum

Verletzte Person

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Ausgeübter Beruf / Tätigkeit

Telefon tagsüber

Telefon abends

Familienstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden

Unfallzeit

Datum Uhrzeit

Unfallort

[Empty input field for accident location]

Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit erlitt die verletzte Person den Unfall?

[Empty input field for occupation]

Ereignete sich der Unfall während der/des

Freizeit? Berufs?

Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Drogen zu sich genommen? Wenn ja, wann und in welcher Menge?

nein ja [Empty input field for amount]

Wie war das Ergebnis der Blutprobe?

[Empty input field for blood test result] %

Unfallursache und Unfallhergang

(Diese Frage bitte so ausführlich beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt; eventuell ein gesondertes Blatt beilegen.)

[Empty input field for accident cause]

[Empty input field for accident cause]

[Empty input field for accident cause]

Wer war Zeuge des Unfalls?

Name und Anschrift

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? Wenn ja, welche Dienststelle?

nein ja [Empty input field for police station]

Ist ein Strafverfahren anhängig? Wenn ja, bei welcher Staatsanwaltschaft und unter welchem Aktenzeichen?

nein ja [Empty input field for case details]

Verletzte/r Körperteil/e

[Empty input field for injured body parts]

Art der Verletzung/en

[Empty input field for type of injury]

An welchem Tag begab sich die verletzte Person in ärztliche Behandlung? ambulant Datum stationär von – bis Datum

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses

Welche Ärzte oder Krankenhäuser wurden wegen der Unfallfolgen außerdem noch in Anspruch genommen (Namen und Anschrift)?

Welche Zeit wird das Heilverfahren nach Ansicht des Arztes voraussichtlich beanspruchen?

In welchem Umfang konnte die verletzte Person nach dem Unfall ihren Beruf bzw. ihre Beschäftigung ausüben?

Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen? nein ja, Woran?

Welche Ärzte haben die verletzte Person deshalb behandelt?

Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten? nein ja

Wenn ja, wann und welcher Art?

Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung? nein ja

Wodurch und in welchem Grad (%)? (darunter fallen auch Kriegsdienstbeschädigungen)

Besteht Pflegebedürftigkeit? nein ja Wenn ja: Pflegestufe I II III Seit wann? Datum

Bestehen für die verletzte Person noch anderweitig Unfallversicherungen bzw. wurden solche beantragt (z. B. Lebensversicherung mit Unfallzusatz)? nein ja

Wenn ja, bei welchen Versicherungsunternehmen (Versicherungsnummer, wenn bekannt auch Schadennummer)?
Name Anschrift
Versicherungsnummer Schadennummer

Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft?

Bei welcher Krankenkasse besteht Versicherungsschutz?

An wen ist eine Versicherungsleistung ausbezahlen?

(Bankverbindung bitte angeben – das beschleunigt die Auszahlung)
Kontonummer Bankleitzahl
Kreditinstitut

Mir ist bekannt, dass der Versicherer **zur Beurteilung seiner Leistungspflicht im hier gemeldeten Schadenfall** die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen der Heilberufe ergeben. Zu diesem Zwecke befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich die genannten Personen von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Fall meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –; ebenso für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern und Assistance-Dienstleistern. **(diesen Absatz ggf. streichen)**

Außerdem ist mir bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung der Leistungspflicht vorliegende Unterlagen an medizinische Sachverständige (Gutachter), beratende Ärzte, medizinische Institute weitergibt. Auch hierfür entbinde ich den Versicherer von der Schweigepflicht. **(diesen Absatz ggf. streichen)**

Ich bin darüber informiert, dass ich diese allgemeine Schweigepflicht-Entbindungserklärungen nicht abgeben muss und jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Für den Fall der Streichung oder des Widerrufs der Schweigepflicht-Entbindungserklärung werde ich, sofern vom Versicherer ausdrücklich verlangt, im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich bestimmte Personen, Institutionen oder Behörden von der Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass es durch diese Vorgehensweise der Abgabe von einzelnen Schweigepflicht-Entbindungserklärungen zu Verzögerungen der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder sogar zur Leistungsfreiheit des Versicherers kommen kann, wenn dem Versicherer die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendigen Informationen nicht, unvollständig oder mit zeitlicher Verzögerung zugehen.

Unterschrift der verletzten Person bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/in

(Bitte unterschreiben Sie diese Erklärung gesondert, da sonst keine weitere Bearbeitung möglich ist)

Das **Hinweisblatt zum Versicherungsschutz der Unfallversicherung** habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben, zu vollständiger oder teilweiser Leistungsfreiheit führen können.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/in

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Hinweis für den Schadenfall: Die zur Schadenbearbeitung erforderlichen Daten der Beteiligten haben wir gespeichert.

Bitte trennen Sie dieses Merkblatt ab und nehmen es zu Ihren Unterlagen.

Wichtige Hinweise für den Schadenfall und zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung

In Ihrem Schadenfall brauchen wir Ihre Mithilfe.

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den für Sie geltenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen des Bayerischen Versicherungsverbandes, den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung bzw. weiteren mit Ihnen vereinbarten Besonderen Versicherungsbedingungen.

Bitte fügen Sie möglichst alle bisher erhaltenen Befundberichte (z. B. Krankenhausentlassungsbericht, MRT-Befunde etc.) in Kopie bei.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung/Unfallrente

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb **eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten,
- innerhalb von **15 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt **und**
- innerhalb von **15 Monaten** von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Bei einem **Zeckenstich** beachten Sie bitte einen abweichenden Fristbeginn. Die vorher genannten Fristen beginnen in diesem Fall erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion. Näheres entnehmen Sie der Besonderen Bedingung für den Versicherungsschutz bei Folgen von Zeckenstichen.

Für die **Unfallrente** gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung

Ein Anspruch auf **Übergangsleistung/Erweiterte Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von **drei Monaten** vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens **100 %** beeinträchtigt ist,
- die Beeinträchtigung innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens **vier Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben bzw.
- nach Ablauf von **sechs Monaten** vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens **50 %** beeinträchtigt ist,
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens **sieben Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

3. Kosmetische Operationen

Die kosmetische Operation muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt sein, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

4. Leistungsarten außerhalb der AUB/AB UBR

Haben Sie außerhalb der AUB bzw. der AB UBR mit uns weitere Leistungen (z.B. Sofortleistungen, Kurbeihilfen, Invaliditäts-Zusatzversorgung für Kinder) vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und einzuhaltenden Fristen den jeweiligen besonderen Bedingungen zu entnehmen.

5. Neubemessung der Invalidität

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, ärztlich neu bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Das Recht zur Neubemessung ist von uns zusammen mit unserer Erklärung über die Leistungspflicht geltend zu machen. Von Ihnen muss das Recht vor Ablauf der maßgeblichen Frist ausgeübt werden.

Die Schadenmeldung zur Unfallversicherung senden Sie bitte direkt an:

Bayerischer Versicherungsverband Versicherung AG, Abt. Unfall-Schaden, 80530 München

Für weitere Fragen zu Ihrer Unfallversicherung sind wir rund um die Uhr unter der Service-Nummer (0 89) 21 60-62 62 für Sie da.