

Unfallbericht

Stempel der absendenden Stelle



Postanschrift: EUROPA Versicherungen · 44119 Dortmund

Bitte zurücksenden an:

- EUROPA Sachversicherung AG
 - EUROPA Krankenversicherung AG
- Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Diesen Unfallbericht benötigen wir aufgrund Ihrer Unfallanzeige

Schaden-Nummer

Ihre Nachricht vom	Versicherungs-Nummer(n)	Es schreibt Ihnen	Telefon Durchwahl	Datum
1. Verletzte Person				
▼ Name, Vorname		▼ Geburtsdatum		▼ derzeitige berufliche Tätigkeit
▼ Straße, Haus-Nummer, Postleitzahl, Wohnort		▼ Telefon-Nummer		▼ Arbeitgeber
2. Allgemeine Unfalldaten:				
▼ Datum/Uhrzeit		▼ Unfallort (bitte stets Besitzer des Hauses/Grundstücks usw. mit angeben)		
▼ Bekannte oder mutmaßliche Unfallursache		▼ Tätigkeit bei Unfalleintritt		
3. Schilderung des Unfallherganges (ggf. bitte gesondertes Blatt benutzen):				
4. Unfallart:				
<input type="checkbox"/> Unfall ohne Beziehung zum Beruf	<input type="checkbox"/> Schul-unfall	<input type="checkbox"/> Kindergarten-unfall	<input type="checkbox"/> Sport-unfall	<input type="checkbox"/> Wege-unfall
<input type="checkbox"/> Betriebs-, Berufs- oder Dienstatunfall (dazu gehören auch Unfälle auf Berufsreisen, Geschäftsgängen usw.)				
▼ Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig (Anschrift und Aktenzeichen)?				
Verkehrsunfall?				
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		▼ In welcher Eigenschaft war die verletzte Person am Verkehr beteiligt (z.B. Fußgänger, Radfahrer)?		
Lag für das Unfallfahrzeug eine gültige Fahrerlaubnis vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
▼ Beteiligte Fahrzeuge (polizeiliche Kennzeichen/Halter)				
5. Zeugen: ▼ Name(n) und genaue Anschrift(en)				
6. Amtliche Ermittlungen? (auch wenn kein Verkehrsunfall)				
Wurde der Unfall protokolliert?		▼ ggf. Polizeidienststelle und Aktenzeichen		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Schwebt ein Ermittlungsverfahren?		▼ Aktenzeichen und Anschrift der Staatsanwaltschaft oder Bußgeldbehörde		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
7. Alkohol-/Rauschmittelgenuß (auch wenn kein Verkehrsunfall):				
Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol/Rauschmittel zu sich genommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		▼ ggf. wann, was und welche Menge
Wurde der verletzten Person eine Blut-/Urinprobe entnommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		▼ ggf. Ergebnis in ‰
Wurde einem anderen Beteiligten eine Blut-/Urinprobe entnommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Blutprobe: Urinprobe:
				▼ ggf. wem
				▼ ggf. Datum des Behandlungsabschlusses
8. Unfallverletzung: Ist die Behandlung abgeschlossen?				
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
▼ Welche Verletzungen wurden unmittelbar nach dem Unfall festgestellt?				

Bitte beantworten Sie die Fragen 9-10.6, wenn Sie bei der EUROPA unfallversichert sind!

9. **Schuldfrage:** (Bitte geben Sie bei Minderjährigen auch die Anschrift der gesetzlichen Vertreter und bei Fahrzeugführern die Anschrift des Fahrzeughalters an.)

9.1 Allein- oder Hauptschuldiger
▼ Name/Anschrift

▼ Haftpflchtversicherung/Anschrift ▼ Versicherungs-Nummer ▼ Schadenbearbeitungs-Nummer

9.2 Mitschuldiger
▼ Name/Anschrift

▼ Haftpflchtversicherung/Anschrift ▼ Versicherungs-Nummer ▼ Schadenbearbeitungs-Nummer

9.3 Sonstige Beteiligte
▼ Name/Anschrift

▼ Haftpflchtversicherung/Anschrift ▼ Versicherungs-Nummer ▼ Schadenbearbeitungs-Nummer

10. **Schadenersatzfrage:**

10.1 Wurde die Kostenersatzpflicht durch Schuldige oder Schadenersatzpflichtige anerkannt? ja nein

10.2 Wurde eine gerichtliche Entscheidung beantragt? ja nein

10.3 Liegt ein Gerichtsurteil vor?
▼ Inhalt des Urteils/Kurzform (ggf. Abschrift beifügen) ja nein

10.4 Wurde die Schadenersatzfrage bereits geregelt?
▼ ggf. mit wem und in welcher Weise? ja nein

10.5 Schweben noch Verhandlungen?
▼ ggf. mit wem (Name/Anschrift)? ja nein

10.6 Zur Wahrnehmung meiner Interessen wurde beauftragt (z.B. Rechtsanwalt):
▼ Name/Anschrift

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt bin ich verantwortlich.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem besonderen Blatt zu vermerken, in diesem Falle bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

Meine Schadenersatzansprüche aus diesem Unfall trete ich in Höhe der Leistungen der EUROPA Krankenversicherung AG an diese ab.

Mir ist bekannt, dass ich insoweit über Ersatzansprüche nicht verfügen darf. Die EUROPA Krankenversicherung AG ist berechtigt, dem Schädiger, dessen Haftpflchtversicherung oder anderen Dritten Kopien der unfallbedingten Belege zum Nachweis vorzulegen.

Für den Fall, dass meine Verletzungen als Schädigungsfolgen im Sinne des OEG (Opferentschädigungsgesetz) anzusehen sind, stelle ich hiermit den Antrag auf Entschädigung nach diesem Gesetz.

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten ab 16 Jahren,
andernfalls der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Wenn Sie bei der EUROPA unfallversichert sind: Bitte beantworten Sie die Fragen 11–16 und lassen den ärztlichen Erstbericht auf der Rückseite von dem behandelnden Arzt ausfüllen!

11. Ärztliche Behandlung:

11.1 Beginn der Behandlung
▼ Datum ▼ Uhrzeit

11.2 Erstbehandelnder Arzt
▼ Name/Anschrift

11.3 Stationäre Krankenhausbehandlung? nein
 ja vom _____ bis _____
▼ Anschrift des Krankenhauses

11.4 Weiterbehandelnder Arzt
▼ Name/Anschrift

12. Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten? ja nein
▼ ggf. wann, welche Körperschäden?

▼ Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte?

13. Bestehen oder bestanden unabhängig von den Folgen des jetzigen Unfalls Krankheiten oder Gebrechen? ja nein
▼ ggf. welche, Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte?

14. Bestehen oder bestanden weitere Unfallversicherungsverträge? (auch aufgrund Kreditkarte?) ja nein
▼ ggf. (Name(n), Anschrift(en) und Versicherungsschein-Nummer(n) der Gesellschaft(en)?

15. Krankenversicherung
▼ Name, Anschrift und Versicherungsschein-Nummer der Gesellschaft?

16. Bankverbindung ▼ Bankleitzahl
▼ Name und Ort des Geldinstituts

▼ Konto-Nummer ▼ Kontoinhaber

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt bin ich verantwortlich.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem besonderen Blatt zu vermerken, in diesem Falle bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn dem Versicherte durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft bzw. durch von ihm beauftragte Personen überprüfen lässt, die ich hier 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 eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck 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 von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Wichtige Fristen: Die Invaldität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen geltend gemacht werden (im Einzelfall vereinbarte längere Fristen sind im Versicherungsschein ausdrücklich genannt). Bitte beachten Sie, dass allein mit diesem Unfallbericht noch keine Invaliditätsansprüche geltend gemacht werden!

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten ab 16 Jahren,
andernfalls der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Abteilung Unfall-Leistung (sc-es-s)

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor;
bitte berichten Sie uns über diesen Unfall und seine Folgen aufgrund persönlicher Kenntnis und der Krankenkartei – ohne gutachterliche Stellungnahme. Eine schriftliche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht befindet sich umseitig.
Wir bestätigen Ihnen hierzu ausdrücklich, dass diese Auskunft von uns streng vertraulich behandelt wird. – Vielen Dank für Ihre Mühe.
Mit freundlichen Grüßen


Bauer Andersch

1. Angaben über das Unfallereignis

1.1 Unfalltag Uhrzeit 1.2 Unfallhergang?

1.3 Berufsunfall Freizeitunfall

2. Diagnose

3. Behandlung

3.1 Behandlungsbeginn bei Ihnen? Datum Uhrzeit 3.2 Ist die Behandlung abgeschlossen? voraussichtlich am
 ja, am nein

4. Tagegeld

4.1 Zuletzt ausgeübter Beruf (Tätigkeit) 4.2 Beeinträchtigung durch den Unfall in diesem Beruf (Tätigkeit)?
zu % vom bis
zu % vom bis
zu % vom bis
zu % vom bis

5. Krankenhaus-tagegeld

5.1 War eine stationäre Behandlung wegen des Unfalles erforderlich?
 nein ja, vom bis vom bis
5.2 Ist eine erneute stationäre Behandlung vorgesehen?
 ja nein
5.3 Handelt es sich um eine vollstationäre Behandlung? ja nein

6. Invalidität

6.1 Wird der Unfall voraussichtlich eine dauernde Beeinträchtigung (Invalidität) hinterlassen?
 nein ja
6.2 Ist eine völlige Wiederherstellung zu erwarten?
 nein ja
6.3 Ist eine völlige Wiederherstellung eingetreten?
 nein ja
6.4 Wurde Alkohol- oder Rauschmittelgenuß festgestellt?
 nein ja
6.5 Wurde eine Blut-/Urinprobe entnommen?
 nein ja
6.6 ggf. Ergebnis in ‰
Blutprobe: Urinprobe:

7. Andere

7.1 Welcher gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung oder anderen Versicherungsgesellschaften haben Sie über diesen Unfall Auskunft gegeben (Namen, Aktenzeichen und Anschriften)?

Versicherer

8. Unterschrift

Sind Sie mit der Herausgabe des Berichtes an die verletzte Person einverstanden? ja nein

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes