

Unfallbericht

Continental Versicherungsverbund 44119 Dortmund

Continental Versicherungsverbund
44119 Dortmund
Telefon 0231 919-2313
Telefax 0231 919-2522

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig, damit wir mögliche Ansprüche aus Ihrer Unfallversicherung prüfen können.

Versicherungs-/Schadennummer Es schreibt Ihnen Telefon-Durchwahl Datum

1. Verletzte Person	Vorname, Name	Geburtsdatum	derzeitige berufliche Tätigkeit
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Arbeitgeber	
2. Allgemeine Unfalldaten	Datum/Uhrzeit	Unfallort (stets Besitzer des Hauses/Grundstücks usw. mit angeben)	
	Bekannte oder mutmaßliche Unfallursache	Tätigkeit bei Unfalleintritt	
3. Schilderung des Unfallhergangs (ggf. gesondertes Blatt benutzen):			
4. Unfallart: <input type="checkbox"/> Unfall ohne Beziehung zum Beruf <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Betriebs-, Berufs- oder Dienstatunfall (dazu gehören auch Unfälle auf Berufsreisen, Geschäftsgängen usw.) Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig (Anschrift und Aktenzeichen)?			
Verkehrsunfall?		In welcher Eigenschaft war die verletzte Person am Verkehr beteiligt (z.B. Fußgänger, Radfahrer)?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lag für das Führen des Unfallfahrzeuges eine gültige Fahrerlaubnis vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Pol. Kennzeichen des eigenen Fahrzeuges: Pol. Kennzeichen des/der gegnerischen Fahrzeuge(s):		Name Halter: Name(n) Halter:	
5. Zeugen	Name(n) und genaue Anschrift(en)		
6. Amtliche Ermittlungen (auch wenn kein Verkehrsunfall)?			
Wurde der Unfall protokolliert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schwebt ein Ermittlungsverfahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift und Aktenzeichen der zuständigen Polizeidienststelle/Staatsanwaltschaft/Bußgeldbehörde:			
7. Alkohol-/Rauschmittelgenuss (auch wenn kein Verkehrsunfall):			ggf. wann, was und welche Menge?
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			
Wurde der verletzten Person eine Blut-/Urinprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		ggf. Ergebnis in % Blutprobe: Urinprobe: ggf. wem	
Wurde einem anderen Beteiligten eine Blut-/Urinprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

EUROPA Versicherung AG
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Stefan Andersch, Dr. Marcus Kremer,
Alf N. Schlegel, Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Lutz Duvernell
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Amtsgericht Köln B 7474
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE124906368

Schadensnummer:

Versicherte Person:

8.	Ärztliche Behandlung				
8.1	Beginn der Behandlung	Datum		Uhrzeit	
8.2	Erstbehandelnder Arzt	Name/Anschrift			
8.3	Stationäre Krankenhausbehandlung? Anschrift des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom	bis
8.4	Weiterbehandelnder Arzt	Name/Anschrift			
9.	Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten? ggf. wann, welche Körperschäden? Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
10.	Bestehen oder bestanden unabhängig von den Folgen des jetzigen Unfalls Krankheiten oder Gebrechen? ggf. welche, Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Pflegestufe/-grad	<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> ist beantragt	<input type="checkbox"/> seit	Stufe Grad
11.	Bestehen oder bestanden weitere Unfallversicherungsverträge? ggf. Name(n), Anschrift(en) und Versicherungsscheinnummer(n) der Gesellschaft(en)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
12.	Krankenversicherung	Name, Anschrift und Versicherungsscheinnummer der Gesellschaft			
13.	Bankverbindung	Name und Ort des Geldinstituts	BIC		
	IBAN	Kontoinhaber			

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt bin ich verantwortlich. Die Hinweise nach § 28 Abs. 4 VVG und auf die Fristenregelungen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

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

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die EUROPA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die EUROPA Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die EUROPA Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Wir führen das Rehabilitationsmanagement und die Assistance-Leistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung der Relntra GmbH, Unterföhring (Rehabilitationsmanagement) und dem Malteser Hilfsdienst (Assistance-Leistungen). Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die Relntra GmbH und den Malteser Hilfsdienst.

Ich willige ein, dass die EUROPA Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die Relntra GmbH und den Malteser Hilfsdienst übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die EUROPA Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Relntra GmbH und des Malteser Hilfsdienstes im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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 (in Deutschland ab 16 Jahre/in Österreich ab 14 Jahre) bzw. der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ärztlicher Erstbericht zu einer privaten Unfallversicherung

 Namen der verletzten Person

 Geburtsdatum

EUROPA

 VERSICHERUNG PUR.

 Continentale Versicherungsverbund
 44119 Dortmund
 Telefon 0231 919-2313
 Telefax 0231 919-2522

 Versicherungs- bzw. Schadennummer

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
 bitte berichten Sie uns über diesen Unfall und seine Folgen.
 Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Helmich



Andersch

1. Angaben über das Unfallereignis	1.1 Unfalltag	Uhrzeit	1.2 Unfallhergang?
	1.3 <input type="checkbox"/> Berufsunfall	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	
2. Diagnose			
3. Behandlung	3.1 Behandlungsbeginn bei Ihnen?		3.2 Ist die Behandlung abgeschlossen?
	Datum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
			voraussichtlich am:
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. Krankenhaustagegeld	5.1 War eine stationäre Behandlung wegen des Unfalles erforderlich?		5.2 Ist eine erneute stationäre Behandlung erforderlich?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom bis		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	vom bis		5.3 Handelt es sich um eine vollstationäre Behandlung?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Invalidität	6.1 Besteht die Möglichkeit, dass der Unfall eine dauernde Beeinträchtigung (Invalidität) hinterlässt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	6.2 Ist eine völlige Wiederherstellung eingetreten?		6.3. Wurde Alkohol- oder Rauschmittelgenuss festgestellt?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	6.4 Wurde eine Blut-/Urinprobe entnommen?		6.5 ggf. Ergebnis in %
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Blutprobe: Urinprobe:	
7. Andere Versicherer	7.1 Welcher gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung oder anderen Versicherungsgesellschaft haben Sie über diesen Unfall Auskunft gegeben (Namen, Aktenzeichen und Anschriften)?		
8. Unterschrift	Sind Sie mit der Herausgabe des Berichtes an die verletzte Person einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ort, Datum		Stempel/Unterschrift des Arztes	