

Unfallbericht

Wir sind für Sie da:

Mo.-Fr. 8.00-19.00 Uhr

Die Continentale · D-44119 Dortmund

Bitte zurücksenden an:

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 (stets Besitzer des Hauses/Grundstücks usw. mit angeben)

▼ Bekannte oder mutmaßliche Unfallursache ▼ Tätigkeit bei Unfallereignis

3. Schilderung des Unfallhergangs (ggf. gesondertes Blatt benutzen):

4. Unfallart: Unfall ohne Beziehung zum Beruf Schul-unfall Kindergarten-unfall Sport-unfall Wege-unfall Betriebs-, Berufs- oder Dienstunfall (dazu gehören auch Unfälle auf Berufsreisen, Geschäftsgängen usw.)

▼ Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig (Anschrift und Aktenzeichen)?

Verkehrsunfall? ja nein
Lag für das Unfallfahrzeug eine gültige Fahrerlaubnis vor? ja nein ▼ In welcher Eigenschaft war die verletzte Person am Verkehr beteiligt (z. B. Fußgänger, Radfahrer)?

▼ Beteiligte Fahrzeuge (polizeiliche Kennzeichen/Halter)

5. Zeugen ▼ Name(n) und genaue Anschrift(en)

6. Amtliche Ermittlungen? (auch wenn kein Verkehrsunfall)

Wurde der Unfall protokolliert? ja nein ▼ ggf. Polizeidienststelle und Aktenzeichen

Schwebt ein Ermittlungsverfahren? ja nein ▼ Aktenzeichen und Anschrift der Staatsanwaltschaft oder Bußgeldbehörde

7. Alkohol-/Rauschmittelgenuss (auch wenn kein Verkehrsunfall): ja nein ▼ ggf. wann, was und welche Menge

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

Wurde der Verletzten Person eine Blut-/Urinprobe entnommen? ja nein

Wurde einem anderen Beteiligten eine Blut-/Urinprobe entnommen? ja nein

8. Unfallverletzung: Ist die Behandlung abgeschlossen? ja nein

▼ Welche Verletzungen wurden unmittelbar nach dem Unfall festgestellt?

▼ ggf. Ergebnis in ‰
Blutprobe: Urinprobe:

▼ ggf. wem

▼ ggf. Datum des Behandlungsabschlusses

Wenn Sie bei der Contintemale **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?**

▼ ggf. wann, welche Körperschäden?

ja

nein

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

13. **Bestehen oder bestanden unabhängig von den Folgen des jetzigen Unfalls Krankheiten oder Gebrechen?**

▼ ggf. welche, Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte?

ja

nein

Eine Pflegestufe

besteht nicht

ist beantragt

seit _____ besteht Stufe _____

14. **Bestehen oder bestanden weitere Unfallversicherungsverträge?**

▼ ggf. Name(n), Anschrift(en) und Versicherungsschein-Nummer(n) der Gesellschaft(en)?

ja

nein

15. **Krankenversicherung**

▼ Name, Anschrift und Versicherungsschein-Nummer der Gesellschaft?

16. **Bankverbindung**

▼ Name und Ort des Geldinstituts

▼ Bankleitzahl

▼ 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 Versicherer 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.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass die Angaben an vom Versicherer beauftragte ärztliche Gutachter übermittelt werden, sofern dies zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist.

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 Invalidität 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!

Bei Fristversäumnis verlieren Sie jeglichen Anspruch.

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 Jahre
bzw. der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Vor- u. Zuname

Vor- u. Zuname

Ärztlicher Erstbericht zu einer privaten Unfallversicherung

Continentale Sachversicherung AG

Name, Vorname (verletzte Person)

Direktion
Ruhrallee 92 · D-44139 Dortmund
Telefon: 02 31/9 19-23 13
Telefax: 02 31/9 19-25 22

Geburtsdatum

Abteilung Unfall-Schaden (sc-s-u)

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
bitte berichten Sie uns über diesen Unfall und seine Folgen. Eine schriftliche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht befindet sich umseitig.
Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen


Bauer


Andersch

**1. Angaben
über das
Unfall-
ereignis**

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
 ja, am nein 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. Kranken-
haus-
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 Besteht die Möglichkeit, dass der Unfall eine dauernde Beeinträchtigung (Invalidität) hinterlässt?
 nein ja
6.2 Ist eine völlige Wiederherstellung eingetreten? 6.4 Wurde eine Blut-/Urinprobe entnommen?
 nein ja nein ja
6.3 Wurde Alkohol- oder Rauschmittelgenuss festgestellt? 6.5 ggf. Ergebnis in ‰
 nein 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? ja nein

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes