

.....

.....

.....

.....

.....

Deutscher Herold
Allgemeine Versicherung AG
Poppelsdorfer Allee 25-33
53115 Bonn

Deutsche Bank AG Bonn
Kto. 0 25 1 009 (BLZ 380 700 59)
Telefon (02 28) 2 68-01
Telefax (02 28) 2 68-75 75
Internet www.herold.de

Bonn, den

Sehr geehrter Versicherungsnehmer!

Wir bitten Sie, uns zu dem gemeldeten Unfall alle nachstehenden wesentlichen Einzelheiten anzugeben. Bitte vermeiden Sie Striche oder sonstige Zeichen anstelle von Antworten. Wenn Sie die Fragen genau und ausführlich beantworten, tragen Sie dazu bei, dass sich zeitraubende Rückfragen erübrigen.

Bei ist Zutreffendes anzukreuzen.

Mit freundlichen Grüßen




Lutz Christian Bauer Arnulf Loy

Notieren Sie sich bitte für etwaige Rückfragen folgendes Aktenzeichen:

| | |
|-------------|-------|
| Schaden-Nr. | Datum |
|-------------|-------|

U/KU

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| 1. a) Zu- und Vorname sowie Wohnung des/der Verletzten: | b) Telefonnummer | c) Geboren am |
| d) Welche berufliche Tätigkeit übten Sie zum Unfallzeitpunkt aus? <small>(Bitte auch bei Freizeitunfall beantworten.)</small> | | seit: |
| e) Name und Anschrift des Arbeitgebers: | | |
| 2. a) Wann ereignete sich der Unfall? am | <input type="checkbox"/> vormittags | <input type="checkbox"/> nachmittags |
| b) An welchem Ort, in welchem Raum, bei welchen Maschinen oder Apparaten? | | |
| c) Bei welcher Beschäftigung und bei welcher Gelegenheit? | | |
| d) Worin besteht die Verletzung? | | |
| 3. a) Anschrift und Aktenzeichen der Polizeidienststelle, die den Unfall aufgenommen hat: | | |
| b) Namen und Anschriften von Augenzeugen: | | |
| c) Falls Zeugen des Unfalls nicht vorhanden gewesen sind, welche Personen haben den/die Verletzte(n) zuerst nach dem Unfall gesehen <small>(Namen und Anschriften)? (Falls Raum für b) bzw. c) nicht ausreicht, besonderes Blatt beifügen.)</small> | | |
| 4. a) Benutztes Kraftfahrzeug | | |
| <input type="checkbox"/> PKW, <input type="checkbox"/> LKW, <input type="checkbox"/> Krad, amtl. Kennzeichen: | | |
| <input type="checkbox"/> Moped, <input type="checkbox"/> Mofa, Versicherungs-Kennzeichen: <input type="checkbox"/> Arbeitsmaschine Fabrikat: | | |
| b) Welche Person(en) (Zu- und Vorname(n) sowie Wohnung) saß(en) in oder auf dem Kraftfahrzeug? | | War Sicherheitsgurt angelegt? |
| Lenker(in): | | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Insasse: | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Insasse: | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Insasse: | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Insasse: | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c) Hatte der/ die Lenker(in) eine amtl. Fahrerlaubnis? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Seit wann? Klasse? |
| Hatte der/ die Lenker(in) eine Prüfbescheinigung? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Seit wann? |
| Ausstellende Behörde: | | |

5. a) Hatte der/die Verletzte während der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? ja nein

Welche und wie viel?

b) Welche Stelle (genaue Bezeichnung mit Anschrift) hat eine Blutprobe durchgeführt?

c) Ergebnis (in %):

6. a) Welches ist die bekannte oder vermutete Ursache des Unfalls, und welches ist der genaue Hergang des Unfall-Ereignisses?

(Diese Frage ist ausführlich zu beantworten.)

b) Ist der/die Versicherte Halter eines Kraftrades oder Rollers von mehr als 125 ccm?

ja nein

7. a) Welche Verletzungen verursachte der Unfall?

Welche weiteren Folgen sind zu befürchten?

b) Dauer des stationären Krankenhausaufenthalts? vom bis

c) Name und Anschrift des Krankenhauses?

d) Dauer der Arbeitsunfähigkeit? vom bis

e) Erstbehandelnder Arzt nach dem Unfall? (Name, Straße, Ort)

f) Welcher Arzt behandelt den Verletzten jetzt? (Name, Straße, Ort)

g) Bestand bereits vor dem Unfall eine Gesundheitsschädigung? ja nein Grad der Behinderung%

Bitte ggf. den Bescheid des Versorgungsamtes oder Rentenbescheid beifügen. Pflegestufe?

8. a) Ist bzw. war der/die Verletzte noch bei anderen Gesellschaften (Anschrift und Vers.-Schein-Nr.) gegen Unfälle versichert?

ja nein Mit welchen Summen? Seit wann?

Anschrift und Vers.-Schein-Nr.:

Wann wurde der Unfall dort gemeldet?

b) Ist der/die Verletzte bei einer Berufsgenossenschaft versichert (Anschrift und Aktenzeichen)? ja nein

Wann wurde der Unfall dort gemeldet?

c) Wo ist der/die Verletzte krankenversichert (Anschrift und Aktenzeichen)?

9. Welcher Arzt ist von dem/der Verletzten im letzten Jahr vor dem Unfallereignis zu Rate gezogen worden?

Aus welcher Veranlassung?

10. Welche weiteren Versicherungen bestehen bei der Deutscher Herold Versicherungsgruppe?

Versicherungsnehmer und mitversicherte Personen, die zu dem Schadenereignis, aber auch zu den vom Versicherer erbetenen Auskünften bewusst unwahre oder unvollständige Angaben machen, verlieren den Anspruch auf Versicherungsschutz auch dann, wenn dem Versicherer daraus keinerlei Nachteil entstanden ist.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, 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.

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/der Versicherungsnehmers/Verletzten/Angehörigen