

VERSICHERUNGSNEHMER

Bitte alle Felder sorgfältig ausfüllen, dann ausdrucken und unterschrieben an
fairplay24 Hilberstr. 22 45731 Waltrop senden oder faxen! Fax: **0 23 09 / 60 09 64**

Versicherungsscheinnummer:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Vorwahl

Rufnummer

Telefon:

Telefon:

Handy:

Fax:

verheiratet:

nein ja

Anzahl Kinder:

Beruf:

Name/Anschrift Arbeitgeber

E-Mail:

Unfallhergang

Name und Anschrift des Verunfallten
(entfällt wenn Verunfallter selbst der
Versicherungsnehmer)

Unfalltag:

Uhrzeit: :

Ort:

Auf dem Weg zur Arbeit ja nein

Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall?

Dienstreise? ja nein

Wodurch ist der Unfall verursacht worden und wie war sein Hergang?

Bitte im darunterliegenden Feld genau schildern!

Gibt es Zeugen der Unfalls ja nein

Falls Zeuge vorhanden bitte im darunter liegenden Feld den Namen und die Anschrift des Zeugen angeben!

Gesundheitsschädigung

verletzte(r) Körperteil(e):

Art der Verletzung(en):

Alkohol

Hat der Verletzte vor dem Unfall getrunken? ja nein

Wurde ein Blutprobe entnommen? ja nein

Promillesatz 0

Verkehrsunfall

Verkehrsunfall ja nein

Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt?

PKW ja LKW Moped Motorrad Fahrrad Fußgänger

Anderes Verkehrsmittel

Wurde der Unfall polizeilich erfasst? ja nein

Wenn der Unfall polizeilich erfasst

wurde bitte Dienststelle und Aktenzeichen angeben!

Arzt oder Krankenhausaufenthalt

Erste ärztliche Hilfe am: Name/Anschrift des Arztes:

Welcher Arzt hat den Verletzten dann weiter behandelt?

Arbeitsunfähigkeit

Ab wann wurden der Verletzte arbeitsunfähig geschrieben?

Wie lange wird der Verletzte voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein?

Ab wann wird der Verletzte wieder arbeitsfähig sein?

Wird der Verletzte stationär behandelt? ja nein

Sind Dauerfolgen zu erwarten? ja nein

Welche Dauerfolgen sind zu erwarten?

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen? ja nein

Vorerkrankungen und oder Unfälle

Hat die verletzte Person wegen anderer Erkrankungen oder früherer Unfällen in den letzten 5 Jahren einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt? Falls ja bitte die nachfolgenden Felder ausfüllen!

Unfall am: Art der Verletzung:

Unfall am: Art der Verletzung:

Erkrankung am: Art der Erkrankung:

Erkrankung am: Art der Erkrankung:

Krankenhausaufenthalt am: Art der Erkrankung:

Krankenhausaufenthalt am: Art der Erkrankung:

Sind die obenstehenden Felder ausreichend gewesen für ihre Vorerkrankungen ja nein

Renten

Erhält die verletzte Person eine Invalidenrente? ja

Erhält die verletzte Person eine Berufsgenossenschaftsrente? ja

Erhält die verletzte Person eine Kriegsbeschädigtenrente? ja

Wurde vor dem Unfall eine Invalidenrente oder Berufsgenossenschaftsrente beantragt? ja

Sollten Sie in einem der vier darüber liegenden Felder ja angekreuzt haben bitte im nächsten Feld die Rentenart und den Rentenanlass genau schildern und das genaue Datum angeben, falls zutreffend, wann ein Rentenanspruch gestellt wurde!

Angaben Rente / Rentenanspruch

Andere Versicherungen

Bestanden zum Zeitpunkt des Unfalls weitere Unfallversicherungen / Insassenunfallversicherungen bei anderen Gesellschaften? Wenn ja führen Sie im nachfolgenden Feld bitte alle Verträge auf !

Angaben zu weiteren Versicherungen

Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert?

Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? ja

Bei welcher Krankenkasse ist die verletzte Person versichert?

Erklärung

Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich weiß, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Schweigepflichtbefreiung

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 (Bescheinigungen, Atteste usw.) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen und oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich sie von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

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

Diese Erklärung gebe ich für mich oder die oder den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, der oder die diese Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann

Ort, Datum

Ort:

Datum:

Unterschrift

Unterschrift:

Konten

Vereinbarte Entschädigungen sind auf das unten bezeichnete Konto zu überweisen!

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Geldinstitut: