

Versicherungsnehmer (VN)	Schadenanzeige von Agentur aufgenommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____	Schadenanzeige von Agentur weitergeleitet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____		
	Versicherungsnummer _____	Schadennummer (sofern bekannt) _____	VD / Agentur-Nr. _____	Kennung 0 1 2 2 4
	Versicherungsnehmer (Vorname, Name) _____		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum _____
	Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
	LKZ _____	PLZ _____	Wohnort _____	
Allgemeine Schadendaten	Schadenzeitpunkt (Datum / Uhrzeit) _____ um _____ Uhr		Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung (Datum) <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> Vermittler <input type="checkbox"/> schriftlich bei _____	
	Schadenort (Straße und Hausnummer) _____			
	LKZ _____	PLZ _____	Wohnort _____	
Polizeiliche Aufnahme	Aufnahme _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, am _____ / _____		Aktenzeichen / Tagebuch-Nr. _____	
	Angaben zu Schadenbeteiligten			
1. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus				
(Vorname, Name) _____		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum _____	
Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
LKZ _____	PLZ _____	Wohnort _____		
2. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus				
(Vorname, Name) _____		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum _____	
Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
LKZ _____	PLZ _____	Wohnort _____		
3. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus				
(Vorname, Name) _____		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum _____	
Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
LKZ _____	PLZ _____	Wohnort _____		
4. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus				
(Vorname, Name) _____		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum _____	
Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
LKZ _____	PLZ _____	Wohnort _____		
5. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus				
(Vorname, Name) _____		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum _____	
Hausanschrift (Straße und Hausnummer) _____		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
LKZ _____	PLZ _____	Wohnort _____		
Weitere Schadenbeteiligte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen.)				

Angaben zu Unfallhergang und Schadensausmaß

Kurze, möglichst **eindeutige Schilderung** zum Unfallhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.

Gesondertes Blatt nein ja
Skizze nein ja

Was wird als Unfallursache angenommen?

Weitere Angaben zur verletzten versicherten Person

Wurde eine Blutalkoholprobe abgenommen? nein ja, Ergebnis _____ %
Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? nein ja, Art und Menge _____
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen? nein ja, und zwar _____
Als Lenker eines Fahrzeugs: Führerschein gültig nein ja, und zwar Führerscheinklasse _____ /Fahrzeugart _____

Besteht oder bestand bei der versicherten Person eine ernste Erkrankung oder ein Gebrechen? nein ja, und zwar _____
Welcher Arzt behandelte diese Erkrankung? **Name und Anschrift siehe** . **Schadenbeteiligter**
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? nein ja, wegen Erwerbsminderung von _____ % von (Stelle) _____ /AktENZEICHEN: _____
Hat die versicherte Person frühere Unfälle erlitten? nein ja, am _____ /Verletzungsart _____
Hat Sie dafür Invaliditätsleistungen erhalten? nein ja, am _____ von (Stelle) _____ /AktENZEICHEN: _____

Anderweitiger Unfallversicherungsschutz für die versicherte Person Name der Gesellschaft Versicherungsnummer
- eigene Unfallversicherung nein ja, seit _____
- fremde Unfallversicherung (z.B. Arbeitgeber) nein ja, seit _____

Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)? nein ja, und zwar bei _____

Personenschaden

Name und Anschrift siehe . **Schadenbeteiligter** Anzahl der Personen im Fahrzeug _____

Beschreibung der Verletzung

Befreiung des Verletzten mit Rettungsschere Abtransport mit Rettungshubschrauber Transport in Spezialklinik

Arbeitsunfähigkeit nein ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen

Ambulante Behandlung nein ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen

Stationäre Behandlung nein ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen

Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt wurde VN ausgehändigt versicherten Person ausgehändigt wurde nicht ausgehändigt

Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt folgt vom Krankenhaus liegt bei (vom Krankenhaus ausgefüllt und unterschrieben)

Sonstige Angaben

Konto für die Schadenzahlung

Konto-Nr. _____

Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer/verletzte Person, dann auch Wohnort angeben)

Bankleitzahl _____

Geldinstitut (Name und Ort)

Obliegenheiten, Schluß-erklärungen und Unterschriften

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. Für die **Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diese **Anzeige für mich ausgefüllt hat**.

Mir ist bekannt, das bewußt wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben oder die Nichtvorlage angeforderter schadens-/leistungsrelevanter Unterlagen zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit dies nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung hat. Bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben oder grob fahrlässig unterbliebener Vorlage der Unterlagen kann die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens gekürzt werden. Dies ist nicht der Fall, wenn ich nachweisen kann, dass ich nicht grob fahrlässig gehandelt habe.

Zur Beurteilung der Leistungspflicht der Gothaer Allgemeine Versicherung AG (kurz Gothaer) kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Mitarbeiter der Gothaer selbst **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die Gothaer wird mich bei einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich **nicht abgeben. Ich wünsche**, dass mich die Gothaer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung bei der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende **Schweigepflichtentbindung im Einzelfall** ist die Gothaer berechtigt, eine **Kostenbeteiligung von 15 Euro** zu verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person