

15. Bestehen noch weitere Unfallversicherungen? ja nein
 Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? Anschrift und Versicherungsnummer _____

16. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? Anschrift und Aktenzeichen _____
 Wurde der Unfall dort gemeldet? ja nein

17. Wo ist die verletzte Person krankenversichert? Anschrift und Aktenzeichen _____

18. **Die folgenden Punkte sind nur bei Verkehrsunfällen auszufüllen**

amtliches Kennzeichen _____ Fahrzeugart _____ Fahrgestell-Nr. _____

Name des Fahrzeuglenkers _____ Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? ja nein

Führerschein-Klasse _____ ausstellende Behörde _____ Führerschein-Nr. _____

Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken? ja nein
 Wurde eine Blutprobe entnommen? ja nein
 Ergebnis? _____ ‰

Stand der Fahrzeuglenker unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja nein

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Schadenbearbeitung erforderlich ist.

Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieser Verhaltenspflichten (Obliegenheiten) hat für Sie die folgenden Konsequenzen:

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellungen des Versicherungsfalles, noch für die Feststellungen oder den Umfang unserer Leistungspflichten ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

Einfach fahrlässige Verletzungen einer Obliegenheit haben keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.

Ort und Datum

Unterschrift der verletzten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ärztliches Attest – nur vom Arzt auszufüllen –

Name _____ Vorname _____ geb. _____

war **wegen der Folgen des Unfalles** vom _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____

in **ambulanter** Behandlung vom _____ bis _____

in **stationärer** Behandlung vom _____ bis _____

Diagnose: _____

 Datum

 Stempel und Unterschrift des Arztes