

	ja	nein	
Welche Zeugen haben den Unfall gesehen? Sind behördliche (polizeiliche) Feststellungen getroffen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, von _____ _____ _____
Von welcher Dienststelle? Tagebuch-Nr. Ggf. welche Staatsanwaltschaft? Aktenzeichen?			
Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder andere berauschende Mittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, Art und Menge _____ _____ bis _____ Uhr
Ggf. bis wann?			
Wurde der versicherten Person eine Blutprobe abgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, mit dem Ergebnis _____ 0/00
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, _____
War die versicherte Person als Lenker eines Fahrzeuges im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Führerschein, Klasse: _____ _____
Welche Verletzungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind durch den Unfall entstanden?			
Ist die versicherte Person wieder arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit _____ Name _____ Anschrift _____ Datum _____ Uhrzeit _____ Name, Anschrift _____ _____ _____
Welcher Arzt leistete Hilfe?			
Wann fand die erste Behandlung statt?			
Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter? (ggf. auch Anschrift des Krankenhauses mit Fachabt.)			
Wie lange hat die stationäre Behandlung im Krankenhaus gedauert?			vom _____ bis _____
Wie lange wird die ambulante Behandlung voraussichtlich noch dauern?			voraussichtlich noch bis _____ _____
War die versicherte Person vor dem Unfall akut oder chronisch krank oder lag eine Behinderung vor? Ggf. welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche Ärzte behandelten diese Erkrankungen? (Bitte Anschriften angeben)			
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? Ggf. von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erwerbsminderungsgrad _____ Name, Anschrift, Aktenzeichen _____
Nimmt die versicherte Person regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____
Hat die versicherte Person schon früher Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, am _____ _____
Art der Verletzungen?			
Hat sie dafür Invaliditätsentschädigungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, von wem? _____
Bestehen für die versicherte Person weitere eigene Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, seit _____ _____ _____
Bei welchen Gesellschaften?			
Unter welcher Versicherungsscheinnummer?			
Bestehen für die versicherte Person außerdem fremde Unfallversicherungen, z.B. über den Arbeitgeber, Verein usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, seit _____ _____
Bei welchen Gesellschaften?			

Unbedingt beachten!

Diese Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgetreu gemacht. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben führen auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer daraus kein Nachteil entsteht.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene/n ab.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der verletzten Person

Ort / Datum

Bitte beachten Sie auch die Erklärung zur Schweigepflichtentbindung auf Seite 3!

Schweigepflichtentbindungserklärung

Schaden-Nr.:
Versicherter:
geb. am:

Mir ist bekannt, dass die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Ärzten ergeben.

- Zu diesem Zweck ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 41, 44128 Dortmund, von allen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie von Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträgern, Behörden, derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte einzuholen.

Die befragten Personen und Stellen entbinde ich hiermit ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht, zugleich ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Auskünfte und Unterlagen an andere mit der Angelegenheit befasste Versicherungsunternehmen, beratende oder mit einer Untersuchung beauftragte Ärzte weiterzugeben, um die Bearbeitung zu vereinfachen und zu beschleunigen.

- Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern von der VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, inwieweit ich die entsprechenden Personen und Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde oder die erforderlichen Informationen zur Weitergabe an die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG selbst einholen werde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsregulierung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

- Die Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene/n ab.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person / des gesetzlichen Vertreters