

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