

# VERSICHERUNGSMAKLER **Meyrl**

Dieter Meyrl • Trenkermühlstr. 8 a • 84508 Burgkirchen • Tel. 0 86 79 / 8 10 01 • Fax 8 10 02 • <http://www.meyrl.com>

Versicherungsnehmer:

---

---

---

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Unfallversicherung Nr. \_\_\_\_\_

Sehr geehrter Kunde,  
bitte beantworten Sie alle Fragen sehr sorgfältig und ausführlich. Sollte einmal der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei. So ersparen Sie uns Rückfragen und tragen damit zu einer reibungslosen und raschen Schadenabwicklung bei.  
Vielen Dank!

## 1. Verletzte Person

Nachname
Straße, Haus-Nr.
Beruf
Arbeitsstätte

Vorname	Geburtsdatum	Verheiratet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Postleitzahl	Wohnort	
Tätigkeit im Beruf (genau angeben, z. B. Verkäufer, auch mitarbeitend im Lager)		
Telefon geschäftlich	Telefon privat	

a) Wann ereignete sich der Unfall?

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

b) Wo ereignete sich der Unfall?

\_\_\_\_\_

c) Handelte es sich um einen Verkehrsunfall?

Nein  Ja

**Wenn Ja:** In welcher Eigenschaft (z. B. Fußgänger, Radfahrer)? \_\_\_\_\_

Bei Kraftfahrzeugen – polizeil. Kennzeichen/Halter: \_\_\_\_\_

War der Verletzte im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

Nein  Ja

d) Wurde der Unfall protokolliert?

Nein  Ja

**Wenn Ja:** Polizeidienststelle und Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

e) Wurde ein Ermittlungsverfahren eingeleitet?

Nein  Ja

**Wenn Ja:** Staatsanwaltschaft/Bußgeldbehörde, Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

f) Handelte es sich um einen Berufsunfall?

Nein  Ja

**Wenn Ja:** Berufsgenossenschaft und Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

g) Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

Nein  Ja

**Wenn Ja:** Wann, was und welche Mengen: \_\_\_\_\_

## 3. Unfallhergang

a) Bitte schildern Sie den **Unfallhergang** und die **Unfallursache** so ausführlich, dass ein möglichst genaues Bild entsteht:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

b) Welche Verletzungen wurden festgestellt (Diagnose des Arztes)?

---

---

## 4. Zeugen/Ärzte

a) Wer war noch am Unfall beteiligt (bei Kraftfahrzeugen auch polizeiliche Kennzeichen und Halter)?

b) Wenn keine Zeugen zugegen waren, wer hat die verletzte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

c) Von welchen Ärzten, gegebenenfalls in welchem Krankenhaus, wurde die verletzte Person **erstmalig behandelt**?

ab 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 von Dr. med. \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

d) Von welchen Ärzten, gegebenenfalls in welchem Krankenhaus, wurde die verletzte Person außerdem behandelt?

ab 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 von Dr. med. \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

ab 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 von Dr. med. \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

e) Erfolgte eine stationäre Behandlung?  Nein  Ja: von/bis?

## 5. Vorerkrankungen / Frühere Unfälle

a) Wegen welcher Erkrankungen (**nicht** Bagatellerkrankungen) war der Verletzte in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall in ärztlicher Behandlung? Behandlungszeitraum?

Name und Anschrift der Ärzte: \_\_\_\_\_

b) Lagen **zur Zeit des Unfalles** Krankheiten oder Gebrechen vor?  Nein  Ja: Wenn Ja, welche?

c) Sind der verletzten Person schon früher Unfälle zugestoßen?  Nein  Ja: Wenn Ja, wann und welcher Art?

Wurden Leistungen erbracht?  Nein  Ja: Wenn Ja, von wem und in welcher Höhe?

Bitte **alle** Fragen vollständig beantworten (falls der Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt beifügen).

## 6. Weitere Versicherungen

a) Bestehen weitere Unfallversicherungen?  Nein  Ja

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Vers.schein-Nr./Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Bitte auch z. B. Insassen-, Verkehrsmittel- oder Gruppen-Unfallversicherungen angeben, wenn aus diesen ebenfalls Leistungen beansprucht werden.

b) Krankenkasse oder -versicherung: \_\_\_\_\_

c) Bei Unfalltod auch Lebensversicherungen angeben: \_\_\_\_\_

Bitte **alle** Versicherungen angeben, nach denen gefragt wird (falls der Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt beifügen).

## 7. Schlussklärung

**Die vorstehenden Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich durch bewusst unrichtige oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz auch dann verliere, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.**

Mir ist bekannt, dass die InterRisk Versicherungs-AG Vienna Insurance Group zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck befreie 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 Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Die InterRisk Versicherungs-AG Vienna Insurance Group wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Schweigepflichtentbindungserklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer – 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. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

X

Diese Erklärung gebe ich für die von mir gesetzlich vertretene verletzte Person ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.



Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

X