



Interassekuranz Sitt & Overlack GmbH • Ottostraße 1 • 50859 Köln-Lövenich32758 Detmold • Telefon +49 2234 955-0 • Telefax +49 2234 955-599

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Unsere Schadennummer:  |   | Kundennummer:                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine Erstmeldung.<br><input type="checkbox"/> Der Schaden wurde bereits <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> per Telefax <input type="checkbox"/> per E-Mail<br>am _____ gemeldet.   |   |   |   |
| Versicherungsnehmer: Titel, Vor- und Zuname  |   | Anschrift   |   |
| Kontaktdaten (Telefon, Telefax, E-Mail)  |   | Versicherungsscheinnummer                         |   |
| Schadentag   | Uhrzeit   | festgestellt am                                   |   |
| <b>Verletzte Person</b>  |   |   |   |
| Name der verletzten Person   |   | Geburtsdatum der verletzten Person                |   |
| Berufliche Tätigkeit (bitte genau angeben)   |   | Kontaktdaten                                      |   |
| Anschrift der verletzten Person  |   |   |   |
| Bei Minderjährigen: Zuname, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters   |   |   |   |
| <b>Angaben zum Unfall</b>  |   |   |   |
| 1. Unfallort: _____  |   |   |   |
| 2. Unfall während:   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten/Tagesstätte  | <input type="checkbox"/> Schulbesuch                | <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt           | <input type="checkbox"/> Freizeit         |
| <input type="checkbox"/> hauptberuflicher Tätigkeit  | <input type="checkbox"/> nebenberuflicher Tätigkeit | <input type="checkbox"/> ehrenamtlicher Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Honorartätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Beamter   | <input type="checkbox"/> Zivildienstleistender      | <input type="checkbox"/> Sonstige Personen= _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Veranstaltung (welche)? _____  |   |   |   |
| 3. a) Wurde die gesetzliche Unfallversicherung eingeschaltet?  |   | <input type="checkbox"/> nein                     | <input type="checkbox"/> ja               |
| b) Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbehörde wurde der Unfall gemeldet?  |   | Name, Anschrift, Aktenzeichen: _____              |   |
| 4. Bitte beschreiben Sie den Beruf / die Tätigkeit (s. Pos. 2): _____  |   |   |   |
| 5. Für welche Firma / Institution erfolgte die Tätigkeit (s. Pos. 2)?: _____   |   |   |   |
| 6. Unfall auf dem direkten Zu- oder Abweg zu der Tätigkeit bzw. der Veranstaltung?   |   | <input type="checkbox"/> nein                     | <input type="checkbox"/> ja               |
| 7. Verletzte Körperteile / Art der Verletzung? _____   |   |   |   |
| 8. Mögliche Dauerschäden? _____  |   |   |   |
| <b>Wichtiger Hinweis:</b> Etwaige Dauerschäden müssen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb weiterer drei Monate ärztlich festgestellt sowie zusätzlich auch dem Versicherer bzw. uns gemeldet werden. Ein Fristverzug führt zum Erlöschen der Ansprüche. Bitte entnehmen Sie die Leistungsvoraussetzungen / Fristen aus dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen bzw. Besonderen Bedingungen. |   |   |   |

|   |  |                               |  |
|---|--|-------------------------------|--|
| <b>9. Ist die verletzte Person gestorben? Bei Unfalltod muss der Versicherer innerhalb von 48 Stunden verständigt werden!</b>   |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                            |
| <b>10. Unfallhergang und Unfallursache</b> (aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf. bitte auf gesondertem Blatt fortführen): |  |                               |  |
| <b>11. a) Welche Person ist bei dem Unfall zugegen gewesen?</b>   |  |                               |  |
| <b>b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise?</b>  |  |                               |  |
| <b>c) Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?</b>  |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                            |
| Anschrift der Dienststelle: _____   |  |                               |  |
| <b>d) Aktenzeichen und Ort der Staatsanwaltschaft:</b>  |  | Aktenzeichen: _____           | Ort: _____   |
| <b>e) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?</b>                                  |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____                     |
| <b>f) Wurde eine Blutprobe entnommen?</b>   |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____           |
| <b>g) Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurückzuführen?</b>  |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wodurch: _____            |
| <b>h) War die versicherte Person Führer eines Fahrzeuges?</b>   |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Führerscheinklasse: _____ |
| War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?   |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                            |
| <b>12. a) Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten? Wenn ja, wann und welcher Art?</b>   |  |                               |  |
| <b>b) Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen?</b>  |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____           |
| <b>c) Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung? Wodurch und in welchem Grad (%)?</b>   |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, _____                     |
| <b>13. a) Wann wurde wegen des Unfalles erstmals ein Arzt zu Rate gezogen?</b>  |  |                               |  |
| <input type="checkbox"/> ambulant   |  | Datum: _____                  | Uhrzeit: _____   |
| <input type="checkbox"/> stationär  |  | Datum: _____                  | Uhrzeit: _____   |
| Welche Anordnungen hat er getroffen? _____  |  |                               |  |
| <b>b) Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses?</b>  |  |                               |  |
| <b>c) Welche Ärzte oder Krankenhäuser mit Fachabteilungen wurden wegen der Unfallfolgen außerdem noch in Anspruch genommen (Name, Anschrift, Telefon)</b>             |  |                               |  |
| Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen.                           |  |                               |  |
| <b>d) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?</b>   |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____               |
| <b>14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben?</b>   |  |                               |  |
| <b>b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?</b>  |  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____               |
| <b>c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?</b>  |  |                               |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>15. a)</b> Hat die verletzte Person schon früher eine Invaliditätsentschädigung erhalten?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ AZ: _____<br>von (Stelle): _____ |
| <b>b)</b> Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name, Anschrift)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr.: _____<br>_____                 |
| <b>c)</b> Bei welcher Krankenversicherung (gesetzlich oder privat) ist die verletzte Person versichert (Name, Anschrift)?              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr.: _____<br>_____                 |
| <b>16. Bankverbindung (bitte stets angeben): Die Zahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:</b>  |  |
| Zahlungsempfänger: Name, Anschrift   |  |
| IBAN   | BIC  |
| Kreditinstitut   | Kontoinhaber   |

**Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer vom Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer ihm jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als der Versicherungsnehmer ihm alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass der Versicherungsnehmer ihm Belege zur Verfügung stellt, soweit es dem Versicherungsnehmer zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

Macht der Versicherungsnehmer entgegen der vertraglichen Vereinbarung vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellt er dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verliert der Versicherungsnehmer seinen Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößt er grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliert er seinen Anspruch zwar nicht stets vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

Trotz Verletzung der Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als der Versicherungsnehmer nachweist, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Verletzt der Versicherungsnehmer die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zu Leistung frei.

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem *Dritten* zusteht, ist auch *dieser* zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Datenschutzerklärung und Information nach Artikel 13 und 14 DS-GVO ist als Anlage beigefügt und Bestand dieser Schadenanzeige.

---

|           |   |
|-----------|---|
| Ort/Datum | Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers |
|-----------|---|