

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG

Bahnhofstraße 11

97070 Würzburg

Unfall-Schadenanzeige zur Versicherungsschein-Nr.:

Die Beantwortung **aller Punkte** ist unbedingt erforderlich.

				Schadennummer:
1.	Versicherungsnehmer	Telefon		
	Anschrift			
	Bankverbindung	Konto-Nr.	Bankleitzahl	
	IBAN	SWIFT-Code		
2.	Verletzte Person (Vor- und Zuname)	Geburtsdatum	Familienstand	
	Anschrift			
	derzeitiger Beruf und Nebenbeschäftigungen		selbstständig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Arbeitgeber			
3.	Unfalldatum, Unfallzeit und Unfallort?	Datum	Uhrzeit	Unfallort
4.	Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe?	Datum	Uhrzeit	Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses
5.	Stationäre Behandlung im Krankenhaus wegen des Unfalls? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Aufnahmetag	Entlassungstag	Anschrift des Krankenhauses
6.	Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit?	vom	bis	
7.	Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?	Name und Anschrift		
8.	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?			Berufsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/>
9.	Unfallhergang (ausführliche und wahrheitsgemäße Schilderung, ggf. Zeugen angeben, bitte ggf. Rückseite benutzen)			
10.	Ist der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewußtseinsstörung (Ohnmacht, Schwindelanfall oder dgl.) entstanden?			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
11.	Welche Polizeidienststelle (Anschrift) hat den Unfall aufgenommen?	Aktenzeichen		
12.	Hatte der Verletzte Alkohol getrunken oder Drogen konsumiert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Blut-/Urinprobe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

13.	Verletzte Körperteile und Art der Verletzung?	
14.	Erkrankungen, Behinderungen, Leiden, Gebrechen zur Zeit des Unfalles? <input type="checkbox"/> Nein (die versicherte Person war vollständig gesund)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: Behandelnder Arzt:
15.	Vorangegangene Erkrankungen oder Verletzungen des durch den Unfall beeinträchtigten Organs/Körperteils? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Datum und Art aller Erkrankungen und Verletzungen angeben): ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Ja, seit ca. (Datum) <input type="checkbox"/> Nein
16.	Vorangegangene Unfälle des/der Versicherten? <input type="checkbox"/> Nein Falls „Ja“, wurden deswegen Versicherungsleistungen beansprucht?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Datum aller Unfälle und Art der dabei erlittenen Verletzungen angeben): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:
17.	Von welcher Stelle bezieht der Verletzte eine Rente?	Anschrift und Aktenzeichen Erwerbsminderungsgrad %
18.	Bestanden oder bestehen noch weitere Unfallversicherungen?	Anschriften und Versicherungsscheinnummern angeben
19.	Krankenversicherung besteht bei:	(Name, Anschrift)
20.	Welcher Berufsgenossenschaft oder sonstigen gesetzlichen Unfallversicherung gehörte der Verletzte an? Wurde der Unfall dort gemeldet?	Anschrift und Aktenzeichen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
21.	Die folgenden Punkte sind nur bei Kraftverkehrs-Unfällen auszufüllen.	
	Fahrzeugart	Fahrgestell-Nr. amtliches Kennzeichen
	Name des Fahrzeuglenkers	Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wurde eine Blutprobe entnommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beifahrer und Insassen (bitte Namen und Geburtsdaten sämtlicher Personen angeben)	

Ich versichere, dass alle Fragen auf diesem Vordruck nach bestem Wissen ausgefüllt worden sind und dass ich den Inhalt geprüft habe, sofern jemand anderes das Ausfüllen ganz oder teilweise vorgenommen hat. Ich nehme davon Kenntnis, dass vorsätzlich falsche oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches auch dann führen, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch und dann verantwortlich, wenn ein anderer das Ausfüllen der Schadenanzeige übernommen hat.

Ort und Datum

Unterschrift der verletzten Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Würzburger Versicherungs-AG
Postfach 68 29 • 97018 Würzburg
Bahnhofstraße 11 • 97070 Würzburg
Telefon 0931/2795-250 • Telefax 0931/2795-292

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg

Ärztliche Bescheinigung

Unfall-Schaden-Nr. _____

Herr / Frau _____ geb. _____

befand sich vom _____ bis _____

in unserer stationären Behandlung.

Der stationäre Aufenthalt wurde für _____ Tage unterbrochen.

Diagnosen:

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Etwaige Kosten für diese ärztliche Bescheinigung trägt der Patient

Bitte beachten Sie:
die anhängende „Ärztliche Bescheinigung“ lassen Sie

- bei Stationärem Aufenthalt vom Krankenhaus oder
- bei ambulanter Behandlung von Ihrem Arzt

mit Diagnose, Stempel und Unterschrift des Arztes ausfüllen.

Nach Erledigung bitten wir Sie um Rücksendung dieser ärztlichen Bescheinigung zusammen mit der Schadenanzeige.

Bei Rückfragen hierzu können Sie gerne Kontakt per Mail mit uns aufnehmen:
leistungsabteilung@wuerzburger.com

Bitte nicht vergessen!

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg

Vorgangsnummer:

Versicherungsnehmer:

Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- Zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, 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 Würzburger Versicherungs-AG wird mich von einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.
- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich befreie mit dieser Erklärung ausschließlich folgende Einrichtungen bzw. Personen von ihrer Schweigepflicht:

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.

Datenverwendung zur Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Leistungsprüfung durch die Würzburger Versicherungs-AG. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Rahmen der Abwicklung des Leistungsfalles an andere Unternehmen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt, übermittelt werden. Die Unternehmen werden eingeschaltet, um die Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

An meinen Vermittler dürfen Gesundheitsdaten nur weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht. Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Datum, Unterschrift