



7. Vorerkrankung und Vorunfälle	Stand die verletzte Person wegen früherer Unfälle in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Welche Unfälle? (mit Zeitangabe und Art der Verletzung)		
Stand oder steht die verletzte Person wegen KRANKHEITEN in ärztlicher Behandlung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Krankheiten? (mit Zeitangabe und Art der Erkrankung)			

8. Renten / Schwerbeschädigten- Ausweis	Erhält die verletzte Person eine RENTE?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wurde eine Rente beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Art und Grund der Rente? (mit Zeitangabe und Prozentsatz)		
	Besitzt die verletzte Person einen SCHWERBESCHÄDIGTEN-AUSWEIS?		
Wurde ein Schwerbeschädigtenausweis beantragt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufgrund welcher Gesundheitsstörungen?			

9. Andere Versicherungen  Namen / Anschrift und Aktenz. Der Gesellschaften erbeten	Bestehen z. Z. noch weitere Unfall-, Insassenunfall- oder Lebensversicherungen mit UNFALL-ZUSATZ/Berufsunfähigkeit?  Bestanden Unfallversicherungsverträge?  Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert?  Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja = €	<input type="checkbox"/> nein
		Wurde der Unfall der BG gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Mit Krankenhaustagegeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10. Erklärung gem. § 15 II (49 aub)	Ich erkläre, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein Dritter (z.B. die Ehefrau, der Vermittler) die Schadenanzeige ausgefüllt hat. Wir weisen darauf hin, daß der Versicherer bei vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtig gemachten Angaben berechtigt ist, eine Leistungspflicht abzulehnen, auch wenn dem Versicherer durch die falschen Angaben kein Nachteil entsteht.
-------------------------------------	--

11. Schweigepflichtbefreiung 203 StGB	Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, befreie ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger, Berufsgenossenschaften und Behörden, der Gesellschaft die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
---------------------------------------	---

12. Unterschriften Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift der verletzten Person/des gesetzlichen Vertreters
----------------------------------	---------------------------------------	--

13. Die Überweisung des Entschädigungsbetrages erbitte ich auf mein Konto			
Name des Konto-Inhabers:		Bankleitzahl (BLZ):	
Kreditinstitut (Name, Ort):		Kto.-Nr.:	

14. Angaben der Agentur oder Vermittlungsstelle	Die Schadenanzeige wurde ausgefüllt:	Ort, Datum	Unterschrift
	<input type="checkbox"/> Von der verletzten Person		
	<input type="checkbox"/> In meinem Beisein		
	<input type="checkbox"/> Von mir nach den Angaben der verletzten Person		

**Bitte beachten Sie folgenden wichtigen Hinweis**  
 Unvollständige oder unwahre Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!

Ort / Datum	Unterschrift / Firmenstempel
-------------	------------------------------