

Unfallbericht

Absender/Kontaktdaten:
(Name, Adresse, Telefon-, Faxnummer)

Continentale Versicherungsverbund 44119 Dortmund

Versicherungs-/Schadenummer	Es schreibt Ihnen	Telefon-Durchwahl	Datum
1. Verletzte Person Name, Vorname	Geburtsdatum	derzeitige berufliche Tätigkeit	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Telefonnummer	Arbeitgeber	
2. Allgemeine Unfalldaten Datum/Uhrzeit	Unfallort (stets Besitzer des Hauses/Grundstücks usw. mit angeben)		
Bekannte oder mutmaßliche Unfallursache	Tätigkeit bei Unfalleintritt		
3. Schilderung des Unfallhergangs (ggf. gesondertes Blatt benutzen):			
4. Unfallart: <input type="checkbox"/> Unfall ohne Beziehung zum Beruf <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Betriebs-, Berufs- oder Dienstupfall (dazu gehören auch Unfälle auf Berufsreisen, Geschäftsgängen usw.) Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig (Anschrift und Aktenzeichen)?			
Verkehrsunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In welcher Eigenschaft war die verletzte Person am Verkehr beteiligt (z.B. Fußgänger, Radfahrer)?		
Lag für das Führen des Unfallfahrzeuges eine gültige Fahrerlaubnis vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Pol. Kennzeichen des eigenen Fahrzeuges: Pol. Kennzeichen des/der gegnerischen Fahrzeuge(s):	Name Halter: Name(n) Halter:		
5. Zeugen Name(n) und genaue Anschrift(en)			
6. Amtliche Ermittlungen (auch wenn kein Verkehrsunfall)?			
Wurde der Unfall protokolliert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Polizeidienststelle und Aktenzeichen			
Schwebt ein Ermittlungsverfahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____			
Aktenzeichen und Anschrift der Staatsanwaltschaft oder Bußgeldbehörde			
7. Alkohol-/Rauschmittelgenuss (auch wenn kein Verkehrsunfall): ggf. wann, was und welche Menge?			
Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol/Rauschmittel zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		_____	
Wurde der verletzten Person eine Blut-/Urinprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		ggf. Ergebnis in ‰	
Wurde einem anderen Beteiligten eine Blut-/Urinprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Blutprobe: Urinprobe: ggf. wem	
8. Unfallverletzung: Ist die Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Datum des Behandlungsabschlusses			

Welche Verletzungen wurden unmittelbar nach dem Unfall festgestellt?			

**Bitte beantworten Sie die Fragen 9 – 10.6 nur dann, wenn Sie im
Continentalen Versicherungsverbund krankenversichert sind!**

9.	Schuldfrage:	(Bitte geben Sie bei Minderjährigen auch die Anschrift der gesetzlichen Vertreter und bei Fahrzeugführern die Anschrift des Fahrzeughalters an.)		
9.1	<input type="checkbox"/> Allein- oder Hauptschuldiger Name/Anschrift			
	Haftpflichtversicherung/Anschrift	Versicherungsnummer	Schadenbearbeitungsnummer	
9.2	<input type="checkbox"/> Mitschuldiger Name/Anschrift			
	Haftpflichtversicherung/Anschrift	Versicherungsnummer	Schadenbearbeitungsnummer	
9.3	<input type="checkbox"/> Sonstige Beteiligte Name/Anschrift			
	Haftpflichtversicherung/Anschrift	Versicherungsnummer	Schadenbearbeitungsnummer	

10.	Schadenersatzfrage:			
10.1	Wurde die Kostenersatzpflicht durch Schuldige oder Schadenersatzpflichtige anerkannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.2	Wurde eine gerichtliche Entscheidung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.3	Liegt ein Gerichtsurteil vor? Inhalt des Urteils/Kurzform (ggf. Abschrift beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.4	Wurde die Schadenersatzfrage bereits geregelt? ggf. mit wem und in welcher Weise?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.5	Schweben noch Verhandlungen? ggf. mit wem (Name/Anschrift)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.6	Zur Wahrnehmung meiner Interessen wurde beauftragt (z. B. Rechtsanwalt) Name/Anschrift	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt bin ich verantwortlich.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem gesonderten Blatt zu vermerken, in diesem Falle bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

Meine Schadenersatzansprüche aus diesem Unfall gehen in Höhe des Kostenersatzes der Continentale Krankenversicherung a.G. auf diese über. Mir ist bekannt, dass ich insoweit über Ersatzansprüche nicht verfügen darf. Die Continentale Krankenversicherung a.G. ist berechtigt, dem Schädiger, dessen Haftpflichtversicherung oder anderen Dritten Kopien der unfallbedingten Belege (wie beispielsweise Liquidationen, ärztliche Berichte, Operationsberichte, Krankenhausentlassberichte) zum Nachweis vorzulegen. Ich kann diesem Einverständnis ausdrücklich widersprechen (in diesem Fall ist nebenstehendes Feld anzukreuzen)

Für den Fall, dass meine Verletzungen als Schädigungsfolgen im Sinne des OEG (Opferentschädigungsgesetz) anzusehen sind, stelle ich hiermit den Antrag auf Entschädigung nach diesem Gesetz.

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten ab 16 Jahre bzw.
der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Wenn Sie im Continentale Versicherungsverbund unfallversichert sind:
Bitte beantworten Sie die Fragen 11-16 und lassen den ärztlichen Erstbericht
auf der Rückseite von dem behandelnden Arzt ausfüllen!**

11. Ärztliche Behandlung			
11.1 Beginn der Behandlung	Datum	Uhrzeit	
11.2 Erstbehandelnder Arzt	Name/Anschrift		
11.3 Stationäre Krankenhausbehandlung? Anschrift des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom _____ bis _____
11.4 Weiterbehandelnder Arzt	Name/Anschrift		
12. Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten? ggf. wann, welche Körperschäden? Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Bestehen oder bestanden unabhängig von den Folgen des jetzigen Unfalls Krankheiten oder Gebrechen? ggf. welche, Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eine Pflegestufe <input type="checkbox"/> besteht nicht <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> seit _____ besteht Stufe			
14. Bestehen oder bestanden weitere Unfallversicherungsverträge? ggf. Name(n), Anschrift(en) und Versicherungsscheinnummer(n) der Gesellschaft(en)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Krankenversicherung	Name, Anschrift und Versicherungsscheinnummer der Gesellschaft		
16. Bankverbindung	Name und Ort des Geldinstituts	Bankleitzahl/BIC	
	Kontonummer/IBAN	Kontoinhaber	

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt bin ich verantwortlich. Die Hinweise nach § 28 Abs. 4 VVG und auf die Fristenregelungen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem besonderen Blatt zu vermerken, in diesen Fällen bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Continentale Sachversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Continentale Sachversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Wir führen das Rehabilitationsmanagement und die Assistance-Leistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung der ReIntra GmbH, Unterföhring (Rehabilitationsmanagement) und dem Malteser Hilfsdienst (Assistance-Leistungen). Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die ReIntra GmbH und den Malteser Hilfsdienst.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die ReIntra GmbH und den Malteser Hilfsdienst übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Sachversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ReIntra GmbH und des Malteser Hilfsdienstes im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten ab 16 Jahre bzw.
der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ärztlicher Erstbericht zu einer privaten Unfallversicherung

Namen der verletzten Person

Geburtsdatum

Continentale Versicherungsverbund
44119 Dortmund
Telefon 0231 919-2313
Telefax 0231 919-2522

Versicherungs- bzw. Schadennummer

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
bitte berichten Sie uns über diesen Unfall und seine Folgen.
Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen



Posch



Andersch

1. Angaben über das Unfallereignis	1.1 Unfalltag	Uhrzeit	1.2 Unfallhergang?
	1.3 <input type="checkbox"/> Berufsunfall	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	
2. Diagnose			
3. Behandlung	3.1 Behandlungsbeginn bei Ihnen?		3.2 Ist die Behandlung abgeschlossen?
	Datum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
			voraussichtlich am:
4. Tagegeld	4.1 Zuletzt ausgeübter Beruf? Tätigkeit?		4.2 Beeinträchtigung durch den Unfall in diesem Beruf (Tätigkeit)?
			zu % vom bis
			zu % vom bis
			zu % vom bis
			zu % vom bis
5. Krankenhaustagegeld	5.1 War eine stationäre Behandlung wegen des Unfalles erforderlich?		5.2 Ist eine erneute stationäre Behandlung erforderlich?
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		vom bis	5.3 Handelt es sich um eine vollstationäre Behandlung?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Invalidität	6.1 Besteht die Möglichkeit, dass der Unfall eine dauernde Beeinträchtigung (Invalidität) hinterlässt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	6.2 Ist eine völlige Wiederherstellung eingetreten?		6.3. Wurde Alkohol- oder Rauschmittelgenuss festgestellt?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	6.4 Wurde eine Blut-/Urinprobe entnommen?	6.5 ggf. Ergebnis in %	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Blutprobe:	Urinprobe:
7. Andere Versicherer	7.1 Welcher gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung oder anderen Versicherungsgesellschaft haben Sie über diesen Unfall Auskunft gegeben (Namen, Aktenzeichen und Anschriften)?		
8. Unterschrift	Sind Sie mit der Herausgabe des Berichtes an die verletzte Person einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ort, Datum		Stempel/Unterschrift des Arztes	

Bitte trennen Sie dieses Blatt ab und nehmen Sie es zu Ihren Unterlagen!

Wichtige Hinweise / Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe. Sie erhalten nachfolgend wichtige Hinweise zum Verhalten im Schadenfall. Bitte lesen Sie die Information sorgfältig durch.

1. Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

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

Bitte beachten Sie die weiteren Hinweise auf der Rückseite

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) sowie den Besonderen Bedingungen (BB).

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

Die Fristen gelten fest für die Leistungsarten Invaliditätsleistung/Unfallrente (sofern versichert):

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die Arbeitsfähigkeit bzw. die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist und die Invalidität innerhalb bestimmter Fristen eingetreten ist und

- durch einen Arzt schriftlich festgestellt wurde und
- von Ihnen bei uns geltend gemacht wurde.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Die Leistungsvoraussetzungen und Fristen sind abhängig von den Bedingungen, die Ihrem Vertrag zugrunde liegen. Bitte entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein, welche Bedingungen für Ihren Vertrag gelten und entnehmen die Leistungsvoraussetzungen und Fristen den folgenden Erläuterungen.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB)

Eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2000 der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

Durch vertragliche Vereinbarung wurden die Frist für den Eintritt der Invalidität auf 18 Monate und die Fristen für die Geltendmachung und ärztliche Feststellung der Invalidität auf 24 Monate verlängert. Das können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2004 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

Sie hatten bei Antragstellung die Möglichkeit, gegen eine Minderung der Beiträge vertraglich mit uns zu vereinbaren, dass sich die Frist für den Eintritt der Invalidität auf 1 Jahr und die Fristen für die Geltendmachung und ärztliche Feststellung der Invalidität auf 15 Monate verkürzen. Wenn Sie diese Vereinbarung mit uns getroffen haben, haben wir Ihnen das im Versicherungsschein bestätigt.

Für die Unfallrente und einige Invaliditätsleistungsarten gilt zusätzlich, dass ein Mindestinvaliditätsgrad erreicht werden muss. Diese Mindestinvaliditätsgrade können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.