

**Rückantwort**  
Badischer Gemeinde-  
Versicherungs-Verband  
Badische Allgemeine  
Versicherung AG  
76116 Karlsruhe

Vertrags-Nr.:	V002679/276
Schaden-Nr.:	
VN:	Landratsamt Nordsachsen
Straße/Nr.:	Schloßstraße 27
PLZ/Ort:	04860 Torgau
Telefon dienstl.:	03421 - 758 1361
Telefon privat:	
Telefax:	03421 - 758 1310
Bankverbindung:	Sparkasse Leipzig, DE468605559222100171117 <small>(Kreditinstitut, Kto-Nr., BLZ)</small>
Kontoinhaber:	Landratsamt Nordsachsen
Name, Vorname des Verletzten:	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
Beruf:	
Geburtsdatum:	
Nebenbeschäftigung/ ehrenamtlich tätig als:	

(Nur ausfüllen wenn sich der Unfall bei einer solchen Tätigkeit ereignet hat (z. B. Feuerwehrmann, Gemeinderat))

## Schadenanzeige Unfall

Sehr geehrte(r) Kundin/Kunde,  
wir bitten Sie, die Schadenanzeige sorgfältig auszufüllen und mit den gewünschten Nachweisen unterzeichnet an uns zurückzusenden.

1.	An welchem Ort und bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	
1.1	An welchem Tage und zu welcher Zeit?	am <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> Uhrzeit
1.2	Welcher Art ist die Verletzung und in welcher Weise machte sie sich sofort bemerkbar?	
1.3	Ursache und Hergang des Unfalles? (Diese Frage ist besonders ausführlich zu beantworten, nötigenfalls auf besonderem Blatt.)	
1.4	War der Verletzte vor Eintritt des Unfalles vollständig gesund, oder an welcher Krankheit litt er?	
2.	Welche Personen waren bei dem Unfall zugegen?	
2.1	Wenn niemand zugegen war, wer hat den Verletzten zuerst nach dem Unfall gesehen?	
2.2	Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen? Wenn ja, von welcher Dienststelle?	
2.3	Unter welcher Tagebuch-Nr. wurde der Vorgang bei der Polizei registriert?	

Bitte Folgeseite beachten!

3. Wann wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? am  20   Uhrzeit

3.1 Erfolgte stationäre Behandlung?  ja  nein

3.2 In welchem Krankenhaus?   
In welchem Zeitraum? vom  bis

3.3 Wer ist/sind der/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin?  
Herr/Frau   
Straße, Nr.   
PLZ, Ort

3.4 Ist der Verletzte arbeitsunfähig?  ja  nein  
Wenn ja, in der Zeit vom  bis

3.5 Wann glaubt der Verletzte seine Tätigkeit wieder aufnehmen zu können?   
Letzter Behandlungstag? Datum

4. Ist der Verletzte körperbeschädigt?  ja  nein

4.1 Welcher Art ist die Körperbeschädigung?

4.2 Wie viel Prozent Rente werden bezogen?

5. Hat der Verletzte schon früher eine Entschädigung für einen Unfall erhalten, von welcher Gesellschaft, wann und wieviel?

6. Besteht noch eine weitere Unfallversicherung bei einer anderen Gesellschaft? Bei welcher?   
Versicherungsschein-Nr.:   
Wurde der Fall bereits gemeldet?

7. Auf welches Konto soll die Entschädigung überwiesen werden?  
Konto-Nr.   
Bankleitzahl   
Geldinstitut

**Erklärung des Verletzten  
über Entbindung von der Schweigepflicht**

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Von dem Hinweistext für die Unfallversicherung habe ich Kenntnis genommen.

**Wir weisen darauf hin, dass alle unwahren oder unvollständigen Angaben im Zusammenhang mit diesem Schadenfall zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, wenn uns dadurch bei der Feststellung zum Eintritt oder Umfang des Schadens Nachteile entstehen; bei Vorsatz in vollem Umfang, bei grober Fahrlässigkeit entsprechend der Schwere des Verschuldens.  
Vorstehende Fragen sind nach bestem Wissen richtig beantwortet.**

Diese Erklärungen geben ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n)

ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Verletzten oder des gesetzlichen Vertreters