

<p>11. a) Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen? b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise? c) Welche Polizeidienststelle hat ein Protokoll aufgenommen? d) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? e) Wurde eine Blutprobe entnommen?</p>	<p>a) _____ b) _____ c) _____ d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja = _____ e) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Ergebnis: _____‰</p>												
<p>12. a) Bereits erlittene vorherige Unfälle? b) Vorerkrankungen/Beeinträchtigungen vor dem Unfall?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>												
<p>13. a) Wo befindet sich die verletzte Person? b) Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Bei welchem Arzt? c) Worauf ist das (etwaige) Versäumnis sofortiger ärztlicher Hilfe zurückzuführen? d) Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt? Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen. e) Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes f) Welche Anordnung hat er getroffen? g) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?</p>	<p>a) _____ b) am _____ um _____ Uhr bei _____ c) _____ d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ e) _____ f) _____ g) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____</p>												
<p>14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben? b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig? c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?</p>	<p>a) _____ b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ c) _____</p>												
<p>15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Unfallentschädigung erhalten? b) Bestanden oder bestehen noch weitere - Unfallversicherungen? - Lebensversicherungen? - Krankenversicherungen? (gesetzlich oder privat)</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ € von: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 20%;">Vers.-Nr.</th> <th style="width: 30%;">Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table></p>		Vers.-Nr.	Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Vers.-Nr.	Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)											
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
<p>16. Wohin sollen fällige Versicherungsleistungen überwiesen werden? Bankverbindung (bitte stets angeben) Die Zahlung soll durch / über die Ecclesia Gruppe auf folgendes Konto erfolgen:</p>	<p>Konto-Nr.: _____ BLZ: _____ Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____</p>												

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinden wir hiermit gegenüber dem Versicherer, dem Versicherungsmakler und dem Versicherungsnehmer bzw. der dazugehörigen Einrichtungen/Institutionen sowie allen mit der Beurteilung beauftragten Personen von ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtigen wir andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, unserem Versicherer Auskünfte zu erteilen.

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.

Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht.

Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadensfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person (ggf. Erziehungsberechtigte)

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers