

**Beratung durch:**

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG  
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt  
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603  
info@hopfauer.de  
http://www.hopfauer.de

**Versicherungsnehmer:**

Herr  
Max Mustermann

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011

**Persönlicher Ansprechpartner:**

Herr Marco Hopfauer  
Fax: 09721 / 4764862  
marco@hopfauer.de

<p><b>Versicherungsscheinnummer:</b> <input type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b> <input type="text"/></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt  <input checked="" type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten  <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer  <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p>
<p><b>Verletzte Person</b> Bitte je verletzter Person separate Schadenanzeige ausfüllen</p>	<p>Name: <input type="text"/>          Anschrift: <input type="text"/></p>
<p><b>Unfalltag / Uhrzeit</b></p>	<p><input type="text"/> / <input type="text"/></p>
<p><b>Wo hat sich der Unfall ereignet (Anschrift)?</b></p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>Genaue Schilderung des Unfallhergangs:</b> Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern - gfls. gesondertes Blatt verwenden.</p>	<p><input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/></p>

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011

<b>Art und Umfang</b> der Verletzung	
Besteht in Folge des Unfalls <b>Arbeitsunfähigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wie lange voraussichtlich? <input type="text"/>
Ist/war eine <b>stationäre Krankenaufnahme</b> nötig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wie lange (voraussichtlich)? <input type="text"/>
Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus für die Erstversorgung</b>	
<b>Aktuell</b> behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b>	
Erlitt die verletzte Person den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Sofern ein <b>Dritter</b> am Unfall beteiligt war und als <b>Unfallverursacher</b> in Frage kommt bitte folgende Angaben machen	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Bei <b>Jugendlichen</b> zusätzlich: Geburtsdatum: <input type="text"/> Erziehungsberechtigter: <input type="text"/>
Besteht für den <b>Schadenverursacher</b> noch anderweitig eine <b>Haftpflichtversicherung</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Versicherer und Versicherungsnummer: <input type="text"/>
Welche <b>Zeugen</b> können Sie benennen?	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/>
Ist ein <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input type="text"/>
Wurden oder werden für die verletzte Person weitere Ansprüche bei <b>anderen Unvallversicherungen</b> oder einer <b>Berufsgenossenschaft</b> geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Versicherer und VS-Nr angeben: <input type="text"/>
<b>Zusätzliche Bemerkungen:</b>	

**Schweigepflichtentbindung:**

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 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 vor-gelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen auch über meinen Tod hinaus.

Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob und 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.

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011

**Unterschrift:**

Ich erkläre hierdurch, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

Rev001 vom 02.03.2010

Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.