



Der Vorsorgeberater seit 1827

Unfall-Schadenanzeige

VPV Allgemeine Versicherungs-AG
Schadenabteilung
Postfach 31 17 55
70477 Stuttgart

Eingangsdatum

Vers.-Schein-Nr.

Schaden-Nr.

Unfall Unfall-Rente Vital-55-Plus Plus-Service

Versicherungsnehmer		Nachname, Vorname		Telefon privat				
		Straße, Haus-Nr.		Telefon geschäftl.				
		PLZ	Wohnort	E-Mail				
1. Zu-, Vorname und Geburtsdatum des / der Verletzten		geboren am:						
2. Genaue Anschrift des / der Verletzten (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort)		Tel.-Nr.						
3. Beruf des / der Verletzten		ausgeübt seit						
4. Ausgeübte Tätigkeit im Beruf		als	in	<input type="checkbox"/> Bürotätigkeit <input type="checkbox"/> praktischer (ggf. handwerkli.) Tätigkeit				
5. Beschäftigt bei (Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Dienststelle)		beschäftigt seit:						
6. Wann ereignete sich der Unfall?		am	<input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr					
7. Wo? (genaue Bezeichnung des Ortes Gebäudes oder Raumes erforderlich)								
8. Bei welcher Tätigkeit?								
9. Handelt es sich um einen Arbeits-, Schul- oder Dienstunfall?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei beruflicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auf dem Weg von/zur Arbeit <input type="checkbox"/> ja auf dem Weg von/zur Schule <input type="checkbox"/> nein			
10. Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft, Behörde, Schülerunfallversicherung gemeldet?		<input type="checkbox"/> ja, welcher <input type="checkbox"/> nein	Anschrift Aktenzeichen					
11. Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dienststelle:	Tgb.-Nr.:				
12. Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gegen: bei Behörde/Staatsanwaltschaft:	Akt.-Z.:				
13. Hat der/die Verletzte innerhalb von 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von	bis	Uhr (Alkohol-Menge) insges.:	Blutprobe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis	%
14. Bei Unfall als Fahrgast: Wurde dem Fahrzeuglenker eine Blutprobe entnommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis	%				
15. Hat der/die Verletzte innerhalb von 24 Stunden vor dem Unfall Medikamente, Drogen oder andere Rauschmittel zu sich genommen?		<input type="checkbox"/> ja, welche – Bitte Art und Menge angeben – <input type="checkbox"/> nein						
16. Name und Anschrift von Zeugen des Unfalls								
17. Welche Verletzungen oder sonstige Gesundheitsschäden sind eingetreten?								

18. **Unfallschilderung** (ggf. mit Skizze)

- Aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild des Unfallablaufs ergeben, ggf. ein besonderes Blatt beifügen -

19. Wann und durch wen erfolgte die erste ärztliche Behandlung?	am um	Uhr	durch Dr. med.
20. Wo befindet sich der/die Verletzte zurzeit?	<input type="checkbox"/> Wohnung (Anschrift s. Vorderseite)		<input type="checkbox"/> Krankenhaus
21. Fand eine stationäre Krankenhausbehandlung statt? Wenn möglich ärztl. Bescheinigung über Grund (Diagnose) und Dauer der stat. Krankenhausbehandlung beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Aufenthaltsdauer vom _____ bis _____ Anschrift des Krankenhauses: _____
22. Rechnen Sie mit nochmaliger Krankenhausbehandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
23. Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes (bei gleichzeitiger Inanspruchnahme mehrerer Ärzte bitte von allen Ärzten Name und Anschrift angeben!)	Dr. med. _____ Dr. med. _____		
24. Wird der Unfall möglicherweise eine dauernde Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (Invalidität) zur Folge haben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nach meiner Meinung <input type="checkbox"/> nach ärztlicher Prognose <input type="checkbox"/> nein		
25a. War der/die Verletzte in den letzten 3 Jahren vor dem Unfall vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil folgende körperliche Gebrechen und/oder Leiden und/oder Beschwerden bestanden/noch bestehen: _____		
25b. War der/die Verletzte in den letzten 3 Jahren vor dem Unfall in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ja, weil folgende körperliche Gebrechen und/oder Leiden und/oder Beschwerden bestanden/noch bestehen: _____ <input type="checkbox"/> nein		
26. Hat der/die Verletzte schon früher Verletzungen gleicher oder ähnlicher Art erlitten? (bitte ggf. auf einem gesonderten Beiblatt beantworten)	<input type="checkbox"/> ja, am: _____ Art der Verletzung: _____		Erwerbsminderung: _____ %
	<input type="checkbox"/> nein		
27. Hat der/die Verletzte deswegen eine Entschädigung erhalten? (Name und Anschrift der BG., Vers.-Gesellschaft, Aktenzeichen)	<input type="checkbox"/> ja am: _____ von _____		<input type="checkbox"/> nein Aktenzeichen/Vers.-Nr.: _____
28. Bezieht der/die Verletzte wegen früherer Unfälle oder sonstiger Invalidität (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Kriegsverletzung) eine Rente?	<input type="checkbox"/> ja seit: _____ von wem? _____		<input type="checkbox"/> nein wegen _____
29. Ist der/die Verletzte krankenversichert?	<input type="checkbox"/> ja bei: _____		Vers.-Nr./Mitglieds-Nr.: _____
	<input type="checkbox"/> nein:		
30. War der/die Verletzte am Unfalltag noch bei anderen Gesellschaften gegen Unfall versichert? (auch durch Sportverein, Arbeitgeber, Gewerkschaft oder Kfz-Insassenversicherung)	<input type="checkbox"/> ja bei: _____		Vers.-Nr./Mitglieds-Nr.: _____
	<input type="checkbox"/> nein		
	Vers.Summen für Tod: _____ Invalidität: _____		Khs.-Tagegeld: _____
31. Ist schon einmal eine für die/den Verletzte(n) bestehende Unfallversicherung gekündigt oder ein Unfallversicherungsantrag abgelehnt worden?	<input type="checkbox"/> ja am: _____		durch Versicherungsnehmer / Versicherer
	<input type="checkbox"/> nein		wegen _____
32. Bankverbindung Zahlungen erbitte ich auf mein Konto bei	Geldinstitut: _____		
	Konto-Nr.: _____		BLZ: _____

Bei Kraftfahrzeug-Unfällen	
33. Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeuges?	Pol. Kennzeichen Fabrikat <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Omnibus
34. Fahrer Ihres Fahrzeuges? (Name, Anschrift, Alter, Führerscheindaten)	Führerschein Klasse: ausgestellt am:
35. Haben Sie einen Rechtsanwalt eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift:

Schweigepflicht-Entbindungserklärung für die Schadenanzeigen in der Unfallversicherung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht zur Prüfung meiner Leistungsansprüche, auch über den Tod hinaus.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich vertretene(n) Minderjährige(n) ab.

X

Unterschrift des Versicherten, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter

Schlussklärung:

Die genaue und vollständige Beantwortung vorstehender Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalles und hinsichtlich der Leistungspflicht für den Versicherer von erheblicher Bedeutung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich sie nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir klar, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig getätigten Angaben kann die Versicherungsleistung entsprechend gekürzt werden.

Bitte beachten Sie die auf der Rückseite dargestellten Leistungsvoraussetzungen und Fristen.

Ort, Datum

X

Unterschrift des / der Versicherten (Verletzten)
- bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter -

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers
- bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter -

**Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:
Beachten Sie bitte, dass Ihr Versicherungsschutz bei Nichteinhaltung der Fristen ausgeschlossen sein kann.**

1. Invaliditätsleistung/Unfallrente:

(Ziffer 2.1.1.1 AUB 2000/2008, § 7 Abs. 1 (1) AUB 88 und die Besonderen Bedingungen für die Unfallrente C.1)

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person dauerhaft beeinträchtigt ist und die Invalidität

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist
- innerhalb **von 15 Monaten** nach den AUB 88 bzw. innerhalb von **24 Monaten** nach den AUB 2000/2008 nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden ist
- **und innerhalb dieser 15 Monate bzw. 24 Monate nach dem Unfall** der Anspruch von Ihnen geltend gemacht worden ist, eine Unfallschadenmeldung ersetzt diese Voraussetzungen nicht.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie die Frist zur Geltendmachung der Invalidität, besteht für Sie die Gefahr, den Anspruch zu verlieren.

Für den Unfallrentenvertrag sind nach Punkt E Ziffer 1 in Verbindung mit Ziffer 2.1.1 der AUB 2000/2008 die dargestellten Fristen zu beachten.

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung nach Ziffer 2.2 der AUB 2008/2000 und § 7 Abs. 2 der AUB 88

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50 % beeinträchtigt ist,
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.

Die Beeinträchtigung muss spätestens 7 Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Dies gilt auch dann, wenn Sie uns den Unfall bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie diese Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

3. Für sonstige Leistungsarten der AUB 2008/2000 beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- Kosmetische Operationen: Ziffer 1.2. BB KosmOP der AUB 2000/2008 bzw. Punkt B VI der AUB 88
- Kurbeihilfe Ziffer 1 BB Kurbeihilfe der AUB 2000/2008
- Unfallschutz für Aktive 55 Ziffer 2 der BB zur Vital 55 Plus

Wir bitten Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und einzuhaltenden Fristen auch aus den oben genannten Besonderen Bedingungen zu entnehmen.