

Cleverstraße 38
 50657 Köln

 Unsere Servicetelefone sind rund
 um die Uhr für Sie besetzt:

 Vertragsservice
 Telefon (02 21) 77 15-50 00
 Telefax (02 21) 77 15-2 86

 Schadenservice
 Telefon (02 21) 77 15-50 01
 Telefax (02 21) 77 15-2 55

Patria Versicherung Aktiengesellschaft · 50657 Köln

Herrn / Frau / Firma

Unfallanzeige

Schaden-Nummer (Bitte stets angeben)
Versicherungsschein-Nummer

1. Angaben zum Versicherungsnehmer

1.1	Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon tagsüber	Telefon abends
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)			Telefax

2. Angaben zur verletzten Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird

2.1	Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon tagsüber	Telefon abends
2.2	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Berufstätigkeit	Arbeitgeber (mit Anschrift der Arbeitsstätte)	
2.3	Krankenversicherung besteht bei (bitte mit Anschrift und Versicherungsnummer)			
2.4	Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen (ggf. über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaft etc.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte mit Anschrift und Versicherungs- oder Bearbeitungsnummer)			

3. Angaben zum Unfall

3.1	Unfalldatum: Uhrzeit:	Unfallort (ggf. mit Straße, Nr.)	nähere Beschreibung des Unfallortes (z.B. Büro, Werkstatt etc.)
3.2	Unfallhergang (aus der Schilderung muß sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf. bitte auf gesondertem Blatt fortführen)		
3.3	Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3.4	Wird/wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Namen, Anschrift und - soweit bekannt - Aktenzeichen angeben):		
3.5	Behördliche Unfallaufnahme (z.B. Polizei, Gewerbeaufsicht)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Behörde, Anschrift, Telefonnummer und Aktenzeichen angeben)		
3.6	Augenzeugen des Unfalles (bitte möglichst mit vollständiger Anschrift):		
3.7	Alkoholgenuß oder Einnahme von Drogen oder Medikamenten 12 Stunden vor dem Unfall? <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art und Menge):	Blutprobenentnahme?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis: Promille

4. Fragen zu den Unfallfolgen und zur Unfallbehandlung

4.1	Verletzter Körperteil und Art der Verletzung:		
4.2	Erfolgte eine stationäre Unfallbehandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____		
4.3	Erstmalige Unfallbehandlung (Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses)	Behandlungsbeginn	Behandlungsende
4.4	Weitere Unfallbehandlungen (Namen und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser)		

5. Fragen zu Vorerkrankungen und Vorunfällen der verletzten Person

5.1	Lagen zur Zeit des Unfalles Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor? <input type="checkbox"/> Nein, die verletzte Person war völlig gesund <input type="checkbox"/> Ja, folgende: Resultiert daraus eine Invalidität, Rente oder Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. Grad der Behinderung: _____ %		
5.2	Von welchen Ärzten ist die verletzte Person in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall behandelt worden?		
5.3	Frühere Unfälle der verletzten Person? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Unfalldatum und betroffenes Körperteil sowie die Art der Verletzung angeben)		

6. Fragen bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

6.1	Kraftfahrzeugart: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad/roller <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
	Amtl. Kennzeichen:	Fahrgestell-Nr. (FIN)	
6.2	Fahrer:	Führerschein (Klasse)	Fahrerlaubnis entzogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.3	War die verletzte Person gem. Ziff. 2 dieses Fragebogens ordnungsgemäß angegurtet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
6.4	Fahrzeughalter:	Wieviel Insassen hatte das Unfallfahrzeug?	
6.5	Namen und Anschriften aller Insassen:		

7. Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen

Kontonummer:	Bankleitzahl:	Name, Bezeichnung des Geldinstitutes	Kontoinhaber:
--------------	---------------	--------------------------------------	---------------

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung:

Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder einreiche. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger sowie meinen Arbeitgeber von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Ansprüchen im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ich nehme davon Kenntnis, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches selbst dann führen können, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch und dann verantwortlich, wenn ein anderer das Ausfüllen der Schadenanzeige übernommen hat. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum, Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

Cleverstraße 38
 50657 Köln

 Unsere Servicetelefone sind rund
 um die Uhr für Sie besetzt:

 Vertragsservice
 Telefon (02 21) 77 15-5000
 Telefax (02 21) 77 15-2 86

 Schadenservice
 Telefon (02 21) 77 15-5001
 Telefax (02 21) 77 15-2 55

Patria Versicherung Aktiengesellschaft · 50657 Köln

Herrn / Frau / Firma

Schaden-Nummer (Bitte stets angeben)
Versicherungsschein-Nummer

Ärztliches Attest zur Unfallanzeige (private Unfallversicherung)

Name und Anschrift des Patienten	geboren am
Objektiver Befund und Diagnose	
Stationäre Unfallbehandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Aufnahme am: _____ Entlassung am: _____	
Alkohol- Drogen- oder Medikamenteneinfluß? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ (Art und ggf. Promille)	
Bestehen unfallunabhängige Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ Falls ja, haben diese am Eintritt der Unfallverletzung oder am Heilungs- oder Behandlungsverlauf erschwerend mitgewirkt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, der unfallunabhängige Mitwirkungsanteil beträgt (in %): _____ /der stationäre Aufenthalt wurde hierdurch verlängert um _____ Tag(e)	
Zu welchem Anteil war oder ist die verletzte Person durch die Unfallfolgen in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt? (Maßstab ist die konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit oder übliche Beschäftigung, z.B. Rentner, Hausfrau)	
zu _____ %	zu _____ %
zu _____ %	zu _____ %
von _____ bis _____	von _____ bis _____
von _____ bis _____	von _____ bis _____
Beginn der ärztlichen Behandlung: _____ (voraussichtlicher) Abschluß: _____	
Ist mit einem unfallbedingten Dauerschaden (Invalidität) zu rechnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbestimmt	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Krankenhauses