



Versicherungsnehmer	
---------------------	--

4.4	Weitere Unfallbehandlungen (Namen und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser)		

### 5. Fragen zur Vorerkrankung 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 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 _____
	Amtliches 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: _____ Wie viele 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 werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert.

### 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 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/Stempel Versicherungsnehmer	Unterschrift Anwesender	Unterschrift/Stempel Makler
-----	-------	---	-------------------------	--------------------------------