

- SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
 ADLER Versicherung AG
 VÖDAG Versicherung für den Öffentlichen Dienst
 PVAG Polizeiversicherungs-AG



Anschrift des Versicherungsnehmers

- SIGNAL IDUNA Gruppe
 Abt. ul-92360, 44121 Dortmund
- SIGNAL IDUNA Gruppe
 Abt. ul-92360, 20351 Hamburg

UV

Versicherungsnummer/Schadennummer	Telefon privat/geschäftlich	Telefax/E-Mail
-----------------------------------	-----------------------------	----------------

Sehr geehrter Kunde,

bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und ausführlich und senden Sie den Unfallbericht innerhalb von 14 Tagen an die zuständige Leistungsabteilung der SIGNAL IDUNA Gruppe zurück.

Unfallbericht

1 Unfalldaten

Unfalltag	Unfallzeit	Unfallort
<input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Berufsunfall	Welche Berufsgenossenschaft?	

2 Verletzte Person

Vor- und Zuname, <u>genaue Anschrift</u> , Tel.-Nr.:	Geburtsdatum
--	--------------

3 Beruf der verletzten Person

Berufliche Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt	
Ist die verletzte Person	
a) im Öffentlichen Dienst beschäftigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Mitglied der GdP?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
arbeitslos?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit dem _____
Arbeitet die verletzte Person gelegentlich oder regelmäßig	
körperlich, z. B. handwerklich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit _____
Oder worin besteht die Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> kaufmännisch <input type="checkbox"/> leitend <input type="checkbox"/> aufsichtsführend
Besteht eine Selbstständigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviele Personen werden beschäftigt?

4 Unfallhergang, Zeugen

Wie ereignete sich der Unfall? Bitte die Ursache und den Hergang ausführlich schildern.

Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Menge: _____
---	---

Ist der verletzten Person eine Blutprobe entnommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ergebnis der Blutuntersuchung _____ % Alkoholgehalt
--	---	---

Welche Personen - Namen und Anschriften - waren Zeugen des Unfalls?

Name und Anschrift des Schädigers

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?	Anschrift und Aktenzeichen
--	----------------------------

Falls der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeuges eingetreten ist:	<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse	Art des Fahrzeugs	Amtl. Kennzeichen
---	--	-------------------	-------------------

Anzahl der Insassen _____	Lag ein gültiger Führerschein vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------	--

5 Verletzungen und Behandlungen

Welche Verletzungen (bitte Körperteile genau bezeichnen) liegen vor?

Erstbehandlung am _____	Datum _____	Uhrzeit _____
Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes/Krankenhauses		
Mit- oder weiterbehandelnde Ärzte (Namen, Anschriften und Telefonnummern)		
Vollstationäre Behandlung	vom _____	bis _____
Im Krankenhaus (Name)		
Arbeitsunfähigkeit	vom _____	bis _____
Behandlung abgeschlossen	<input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich am _____ <input type="checkbox"/> ja, am _____	

6 Gesundheitsfragen zur verletzten Person

Welche Krankheiten, Gebrechen, Körperschäden bestehen/bestanden?

Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen oder sind beantragt? nein ja, seit _____ nach Stufe 1 2 3

7 Weiterer Versicherungsschutz der verletzten Person

Bei welchen Gesellschaften bestehen/bestanden Unfallversicherungen (Name, Anschrift, Telefon, Aktenzeichen)?

Wo ist die verletzte Person krankenversichert (Name, Anschrift, Telefon, Aktenzeichen)?

8 Auszahlung der Versicherungsleistung

Wie wünschen Sie die Auszahlung?

auf das der SIGNAL IDUNA Gruppe bekannte Abrufkonto per Verrechnungsscheck

auf Kontonummer	Bankleitzahl	Kreditinstitut, PLZ Ort
Name des Kontoinhabers		

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der 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 an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich sie von der Schweigepflicht zur Prüfung des Leistungsanspruches im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- sowie Lebensversicherern, die dort nach bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass Leistungen aus dem Unfall mit Beitragsrückständen aus für mich bestehenden Versicherungsverträgen bei einer der Konzerngesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe* verrechnet werden.

Ferner willige ich ein, dass der Unfallversicherer auch Auskünfte und Unterlagen (wie z. B. Gutachten, medizinische Befundberichte) von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder von der IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG u. a. zu Vorerkrankungen einholt, soweit dies zur Beurteilung seiner Leistungspflicht erforderlich ist. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und der IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich diese von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Angehörigen der Unfallversicherer der SIGNAL IDUNA Gruppe* entbinde ich von der Schweigepflicht, soweit zur Leistungs- und/oder Regressprüfung Unterlagen (wie z. B. Gutachten, medizinische Befundberichte) von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder von der IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG bei einem Unfallversicherer der SIGNAL IDUNA Gruppe* angefordert werden.

* Die Unfallversicherer der SIGNAL IDUNA Gruppe sind:

SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG,
ADLER Versicherung AG,
VÖDAG Versicherung für den Öffentlichen Dienst,
PVAG Polizeiversicherungs-AG

Außerdem ist mir bekannt, dass der Unfallversicherer zur Beurteilung der Leistungspflicht an Dritte - beratende Ärzte/medizinische Institute - vorliegende Unfallunterlagen weiterleitet. Insofern entbinde ich den Unfallversicherer ebenfalls von der Schweigepflicht.

Hinweis für einen Anspruch auf Invaliditätsleistung:

Eine dauernde Invalidität muss innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten sein, sie muss spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 3 Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht werden.

Hinweis für einen Anspruch auf Sofortleistung:

Der Anspruch auf Sofortleistung entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von 15 Monaten (SIGNAL IDUNA AUB 2000 PLUS), mit Ablauf eines Jahres (SIGNAL AUB 94, PVAG AUB 94 und AUB 88).

Übergangsleistung

Die vertraglich vereinbarte Übergangsleistung wird gezahlt, wenn nach Ablauf von sechs Monaten nach dem Unfall allein wegen der Unfallfolgen noch eine Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mehr als 50 % besteht und diese Beeinträchtigung ununterbrochen bestanden hat. Der Anspruch auf Übergangsleistung ist spätestens sieben Monate nach dem Unfall geltend zu machen und mit einem ärztlichen Attest zu begründen.

Erfolgt keine fristgerechte Geltendmachung auf eine Invaliditätsleistung, eine Sofortleistung oder Übergangsleistung, besteht kein entsprechender Anspruch.

Mit dem Unfall in Zusammenhang stehende Daten werden auf Datenträgern gespeichert (Bundesdatenschutzgesetz).

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß gemacht. Für den Inhalt erkläre ich mich verantwortlich und verbürge mich für die Richtigkeit der Angaben auch insofern, als sie nicht von mir niedergeschrieben sind.

Achtung:

Für das wahrheitsgemäße Ausfüllen des Unfallberichtes ist der Versicherungsnehmer verantwortlich. Bewusst unwahre Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese kein Nachteil entsteht (§ 34 VVG).

Ort, Datum _____	Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzl. Vertreters _____	Unterschrift des Versicherungsnehmers/Beitragszahlers _____
------------------	---	---