

Unfallbericht

Continentale Versicherungsverbund 44119 Dortmund

Continentale Versicherungsverbund
44119 Dortmund
Telefon 0231 919-2313
Telefax 0231 919-2522
schaden@continentale.de

Versicherungs- bzw. Schadennummer

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig, damit wir mögliche Ansprüche aus Ihrer Unfallversicherung prüfen können. Benutzen Sie ein gesondertes Blatt, wenn der vorgesehene Raum dafür nicht reicht.

1. Verletzte Person	Vorname und Name	Geburtsdatum	derzeitige berufliche Tätigkeit
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Telefonnummer	Arbeitgeber
2. Allgemeine Unfalldaten	Datum/Uhrzeit	Unfallort	
	Unfallursache	Tätigkeit bei Unfalleintritt	
3. Schilderung des Unfallhergangs:			
Welche Verletzungen wurden unmittelbar nach dem Ereignis festgestellt?			
4. Unfallart: <input type="checkbox"/> Unfall ohne Beziehung zum Beruf <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Betriebs-, Berufs- oder Dienstupfall (dazu gehören auch Unfälle auf Berufsreisen, Geschäftsgängen usw.) Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig (Anschrift und Aktenzeichen)?			
Verkehrsunfall?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In welcher Eigenschaft war die verletzte Person am Verkehr beteiligt (z.B. Fußgänger, Radfahrer)?
Lag für das Führen des Unfallfahrzeuges eine gültige Fahrerlaubnis vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5. Zeugen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name(n) und genaue Anschrift(en)			
6. Amtliche Ermittlungen (auch wenn kein Verkehrsunfall)? Wurde der Unfall protokolliert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schwebt ein Ermittlungsverfahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift und Aktenzeichen der Polizeidienststelle/Staatsanwaltschaft/Bußgeldbehörde:			
7. Alkohol-/Rauschmittelgenuss (auch wenn kein Verkehrsunfall): Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol/Rauschmittel zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			ggf. wann, was und welche Menge?
Wurde der verletzten Person eine Blut-/Urinprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			ggf. Ergebnis in % Blutprobe: Urinprobe:



Versicherungs- bzw. Schadennummer:

Verletzte Person:

8. Ärztliche Behandlung			
8.1	Beginn der Behandlung	Datum	Uhrzeit
8.2	Erstbehandelnder Arzt	Name/Anschrift	
8.3	Stationäre Krankenhausbehandlung? Anschrift des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom _____ bis _____
8.4	Weiterbehandelnder Arzt	Name/Anschrift	
9.	Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten? ggf. wann, welche Körperschäden? Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Bestehen oder bestanden unabhängig von den Folgen des jetzigen Unfalls Krankheiten oder Gebrechen? ggf. welche, Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Pflegestufe/-grad	<input type="checkbox"/> besteht nicht <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> seit _____	Stufe Grad
11.	Bestehen oder bestanden weitere Unfallversicherungsverträge? ggf. Name(n), Anschrift(en) und Versicherungs-Nummer(n) der Gesellschaft(en)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12.	Krankenversicherung	Name, Anschrift und Versicherungs-Nummer der Gesellschaft	
13.	Bankverbindung	Name und Ort des Geldinstituts	BIC
	IBAN	Kontoinhaber	

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt bin ich verantwortlich. Die Hinweise nach § 28 Abs. 4 VVG und auf die Fristenregelungen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Continentale Sachversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Continentale Sachversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Beinhaltet der Vertrag Assistance-Leistungen, übertragen wir die Erledigung dem Malteser Hilfsdienst, Köln. Im Fall von Rehabilitations-Leistungen führt die Relntra GmbH, Unterföhring, das Management durch. Dabei kommt es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten. Für die Weitergabe dieser und Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und - soweit erforderlich - für die genannten Dienstleister.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die Relntra GmbH und den Malteser Hilfsdienst übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Sachversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Relntra GmbH und des Malteser Hilfsdienstes im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ergänzende Angaben auf einem gesonderten Blatt sind beigefügt.

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten (in Deutschland ab 16 Jahren / in Österreich ab 14 Jahren) oder des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers



Seite 3

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
 bitte berichten Sie uns über diesen Unfall und seine Folgen.
 Vielen Dank. Ihre Kosten übernehmen wir.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Helmich



Dr. Niemöller

Continentale Versicherungsverbund
 44119 Dortmund
 Telefon 0231 919-2313
 Telefax 0231 919-2522

 Versicherungs- bzw. Schadennummer

 Name der verletzten Person

 Geburtsdatum

Ärztlicher Erstbericht zu einer privaten Unfallversicherung

1. Angaben über das Unfallereignis	1.1 Unfalltag	Uhrzeit	1.2 <input type="checkbox"/> Berufsunfall		<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
	1.3 Wurde Alkohol- oder Rauschmittelgenuss festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		1.4 ggf. Ergebnis einer Blut-/Urinprobe in ‰ Blutprobe: Urinprobe:		
	1.5 Unfallursache und -hergang?				
2. Diagnose					
3. Behandlung	3.1 Behandlungsbeginn bei Ihnen? Datum Uhrzeit		3.2 Ist die Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein		
	voraussichtlich am:				
4. Tagegeld	4.1 Zuletzt ausgeübter Beruf? Tätigkeit?		4.2 Beeinträchtigung durch den Unfall in diesem Beruf (Tätigkeit)?		
	zu	%	vom	bis	
	zu	%	vom	bis	
5. Krankenhaustagegeld	5.1 War eine vollstationäre Behandlung wegen des Unfalls erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom bis wo				
	vom bis wo				
	5.2 Ist eine (erneute) stationäre Behandlung geplant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
6. Andere Versicherer	6.1 Welcher gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung oder anderen Versicherungsgesellschaft haben Sie über diesen Unfall Auskunft gegeben (Namen, Aktenzeichen und Anschriften)?				
7. Liquidation und Unterschrift					
	Ort, Datum		Stempel/Unterschrift des Arztes		



Hinweise nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe. Die Versicherungsbedingungen beschreiben Verhaltensregeln (Obliegenheiten), die Sie nach einem Unfall beachten müssen. Steht das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zu, hat auch dieser die Pflichten zu erfüllen.

Im Folgenden weisen wir Sie auf Obliegenheiten und mögliche Folgen einer Obliegenheitsverletzung hin. Hierzu verpflichtet uns **§ 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**.

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Es gibt Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten. Dies bedeutet: Sie müssen wahrheitsgemäß, vollständig und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur sachgerechten Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist. Für Belege gilt dies insofern, als Ihnen deren Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann.

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Eine Obliegenheitsverletzung kann zur vollständigen oder teilweisen Leistungsfreiheit führen.

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung.

Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - gegebenenfalls bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Dies gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Ihr Continentale Versicherungsverbund



Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung

Ihr Versicherungsschein gibt Auskunft über die versicherten Leistungsarten und Versicherungssummen. Sie können ihm entnehmen, welche Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und Besonderen Bedingungen (BB) vereinbart sind.

Die Bedingungen regeln Leistungsvoraussetzungen und Fristen. Wenn Sie mit uns abweichend zu den Bedingungen individuell längere oder kürzere Fristen vertraglich vereinbart haben, ist dies im Versicherungsschein dokumentiert.

Ihr Versicherungsschutz beinhaltet eine Invaliditätssumme und/oder eine Unfallrente. Auf die Leistungsvoraussetzungen und Fristen, die für diese Leistungsarten fest gelten, weisen wir besonders hin.

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die Arbeitsfähigkeit bzw. die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt und die Invalidität innerhalb bestimmter Fristen eingetreten ist und

- durch einen Arzt schriftlich festgestellt wurde und
- von Ihnen bei uns geltend gemacht wurde.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Es folgt eine Übersicht von Versicherungsbedingungen und den darin genannten Leistungsvoraussetzungen und Fristen:

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB)

Eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2000 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB H 2003 der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (ZEUS - AUB 2000 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2004 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (ZEUS - AUB 2008 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2016 der Continentale)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XXL der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

