

Bitte deutlich, ausführlich, vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen, vorher jedoch die "Schlußerklärung" beachten. Striche gelten als Verneinung.



Versicherungsnehmer / Name, Vorname			Versicherungsnummer
Nachname(VN), Vorname(VN)			
Versicherter Verein: Anschrift/ Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort			Schadennummer
Telefon	Vorwahl	tagsüber, falls abweichend	
			Service-Büro Harburg Jörn Beuch Lüneburger Str. 28 21073 Hamburg

Versicherte Person				Geburts-tag	
Beruf (Beschäftigung)				Telefon	
Anschrift				Fax	
Vers. beginn	Vers. ablauf	Tod	Invalidität	Invalidität mit Progression	Invalidität mit Mehr-leistung
1 Wann wurde der Unfall erstmalig gemeldet? Wem?			am mündl. ☐ schriftl. an:		
2 Wo ereignete sich der Unfall?					
2a Wann ereignete sich der Unfall (Tag, Uhrzeit)?					

3 Kurze, möglichst eindeutige Schilderung über den Schadenhergang und über sonstige wichtige Umstände (evtl. auch Skizze)

4 Was wird als Unfallursache angenommen ?	
5 Welche Zeugen haben den Unfall gesehen?	
6 Sind behördliche Feststellungen getroffen worden (Dienststelle, Tagebuch-Nr., Staatsanwaltschaft , AZ)?	☐ nein ☐ ja, von
7 Wurde der VP eine Blutalkoholprobe abgenommen?	☐ nein ☐ ja, Ergebnis ‰
8 Hat die VP innerhalb der letzten 12 Std. vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? Bis wann?	☐ nein ☐ ja, Art u. Menge: bis Uhr
9 Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewußtseinsstörung (z.B. Ohnmacht) zurückzuführen?	☐ nein ☐ ja,
10 War die VP als Lenker eines Fahrzeugs im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	☐ nein ☐ ja, FS,Klasse: Fahrzeugart:
11 Welche Verletzungen und gesundheitl. Beeinträchtigungen sind durch den Unfall entstanden?	
12 Ist die versicherte Person wieder arbeitsfähig?	☐ nein ☐ ja, seit
13 Welcher Arzt leistete erste Hilfe (Name, Anschrift)?	Name Anschrift
14 Wann fand die erste Behandlung statt?	Datum Uhrzeit
15 Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter (ggf. Anschrift des Krankenhauses u. Fachabteilung)?	Namen Anschriften
16 Wie lange hat die stationäre Behandlung gedauert?	vom bis

17 Wie lange wird sie voraussichtl. noch dauern?	voraussichtlich bis
18 Wie lange wird die ambulante Behandlg.noch dauern?	voraussichtlich bis
19 Leidet oder litt die versicherte Person an einer ernsten Erkrankung oder an einem Gebrechen?	☐ nein ☐ ja, an
20 Welche Ärzte behandelten diese Erkrankungen? (Namen, Anschriften)	Namen Anschriften
21 Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? Ggf. von welcher Stelle? Unter welchem Aktenzeichen?	☐ nein ☐ ja, Erwerbsminderungsgrad % Name, Anschrift Aktenzeichen
22 Hat die VP schon früher Unfälle erlitten? Art der Verletzungen? Hat Sie dafür Invaliditätsleistungen erhalten? Ggf. von wem? Unter welchem Aktenzeichen?	☐ nein ☐ ja, am Art: Leistungen: ☐ nein ☐ ja, am Name, Anschrift Aktenzeichen
23 Bestehen für die VP weitere eigene Unfall-Verträge? Bei welchen Gesellschaften? Unter welchen Versicherungsnummern?	☐ nein ☐ ja, seit Namen, Anschriften
24 Bestehen für die VP außerdem fremde Unfall- versicherungen, z.B. über den Arbeitgeber? Bei welchen Gesellschaften?	☐ nein ☐ ja, seit Namen, Anschriften
25 Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallver- sicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft) gemeldet?	☐ nein ☐ ja, bei
26 Sonstiges:	

27 Kontoinhaber	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut

SchlußErklärungen

28 Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet. Es ist mir bekannt, daß vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

29 Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich 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 die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso befreie ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtbefreiung 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)

ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

30 Die Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt ☐liegt bei, ☐folgt

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift der versicherten Person

Bei Minderjährigen: Unterschrift(en) des/der gesetzlichen Vertreter(s):

Anmerkung für den Regulierer:

Bitte füren Sie keinen Schriftwechsel mit dem VN, denn im Vertrag steht unter III,C),2., :

Die Abwicklung eines Versicherungsfalles (Meldung, Schriftwechsel, Entschädigungszahlung, ggf. Zurückweisung unberechtigter Ansprüche) erfolgt ausschließlich direkt zwischen dem meldenden Mitglied/Verein, sowie dem Anspruchsteller/Geschädigten und der Gothaer.