

Schadenmeldung UNFALLVERSICHERUNG / Seite

Versicherungsnehmer:

AA

Beratung durch:

CONFIRMO ASSEKURANZ GmbH Versicherungsmakler
 Wolfratshauser Str. 56 • 81379
 München
 Tel.: 089 / 3580830
 Fax: 089 / 35808358
info@confirmo.de
<http://www.confirmo.de>

Persönlicher Ansprechpartner:

Frau Susanne
 Nickerl Tel.: 089 /
 3580830
 Fax: 089 / 35808358
nickerl@confirmo.de

| | |
|--|--|
| Versicherungs-/Schadennummer: <input type="text"/> Versicherungsunternehmen: <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt <input checked="" type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler |
| Verletzte Person Bitte je verletzter Person separate Schadenanzeige ausfüllen | Name: <input type="text"/> Ronald <input type="text"/> Fischer Anschrift: Häberlstr. 12, 80337 München |
| Unfalltag / Uhrzeit | 8.5.2019/19:15 |
| Wo hat sich der Unfall ereignet (Anschrift)? | Zunfthaus, Thalkirchner Str. 76, 80337 München |

■ / Schadenmeldung UNFALLVERSICHERUNG / Seite

Genauere Schilderung des Unfallhergangs:

Im Zuge des Trainings unseres Tanzsportclubs bin ich bei einer Übung umgeknickt und habe mich dabei am Knie verletzt.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for providing further details or medical notes related to the accident report.

| | |
|---|--|
| Art und Umfang der Verletzung | Konnte danach nicht mehr ohne Hilfe gehen. |
| Besteht in Folge des Unfalls Arbeitsunfähigkeit? | <input type="checkbox"/> X nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie lange voraussichtlich? |
| Ist/war eine stationäre Krankenhausaufnahme nötig? | <input type="checkbox"/> X nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie lange (voraussichtlich)? |
| Behandelnder Arzt oder Krankenhaus für die Erstversorgung | Dr. Lorani, Orthopädie Bavaria |
| Aktuell behandelnder Arzt oder Krankenhaus | Dr. Lorani |
| Erlitt die verletzte Person den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> X nein <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Sofern ein Dritter am Unfall beteiligt war und als Unfallverursacher in Frage kommt bitte folgende Angaben machen | - |
| Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Versicherer und Versicherungsnummer: |
| Welche Zeugen können Sie benennen? | Name: Anschrift: |
| Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: |
| Wurden oder werden für die verletzte Person weitere Ansprüche bei anderen Unfallversicherungen oder einer Berufsgenossenschaft geltend gemacht? | <input type="checkbox"/> X nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Versicherer und VS-Nr angeben: |
| Bestanden Vorerkrankungen oder Vorschädigungen der vom Unfall betroffenen Gliedmaßen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> X ja Länger zurückliegende Kreuzbandoperation. |

für
AA
am 09.02.2015



für
AA
am 09.02.2015

| | |
|--|--|
| Abwicklung / Kommunikation | |
| Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens? | <input type="checkbox"/> Telefon X E- Mail <input type="checkbox"/> sonstiges |
| Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen: | ronald.fischer@fusshuhn.de |
| Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an. | |
| Zusätzliche Bemerkungen: | Weitere Auskünfte erteilen: Dr. Lorani, Orthoädie Bavaria, info@orthopaedie-bavaria.de Leiterin des Tanztrainings: Fr. Angelika Ebel, angelika.ebel@gmx.de |
| Schweigepflichtentbindung: Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder einreiche. Des weiteren ist mir bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, die folgende pauschale Schweigepflichtentbindung abzugeben. Ich habe stattdessen die Möglichkeit die vom Versicherer für die Anspruchsprüfung benötigten Unterlagen auf konkrete Einzelanforderung hin auch selbst zu beschaffen oder im Einzelfall über eine Entbindung von der Schweigepflicht nach freiem Ermessen zu entscheiden. Von dieser Möglichkeit mache ich jedoch keinen Gebrauch. | Ich entbinde mit dieser Erklärung alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger von ihrer Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Ferner stimme ich einer Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an einen ärztlichen Gutachter zu. Bei Beanspruchung vertraglich vereinbarter Pflegeleistungen stimme ich der Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an den beauftragten Dienstleister zu. Diese Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir zu jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. |
| Unterschrift: | Ort, Datum, Unterschrift (Versicherungsnehmer) Ort, Datum, Unterschrift (versicherte Person) |
| Rev003 vom 10.10.2013 | <input checked="" type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da <u>maschinell erstellt.</u> |