

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG  
 Bahnhofstraße 11  
 97070 Würzburg

<b>Unfall-Schadenanzeige</b>			Versicherungsschein-Nr.:		
Die Beantwortung aller Punkte ist unbedingt erforderlich.			Schadensnummer:		
1.	<b>Versicherungsnehmer</b>		Telefon		
	Anschrift		E-Mail		
	Bankverbindung	Konto-Nr.	Bankleitzahl		
	IBAN		BIC		
2.	<b>Verletzte Person</b>		Geburtsdatum	Familienstand	
	Anschrift				
	derzeitiger Beruf und Nebenbeschäftigungen		selbstständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Arbeitgeber				
3.	Unfalldatum, Unfallzeit und Unfallort?	Datum	Uhrzeit	Unfallort	
4.	Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe?	Datum	Uhrzeit	Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses	
5.	Stationäre Behandlung im Krankenhaus wegen des Unfalls? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufnahmetag	Entlassungstag	Anschrift des Krankenhauses	
6.	Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?	Name und Anschrift			
7.	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?		<input type="checkbox"/> Berufsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall		
8.	Unfallhergang (ausführliche und wahrheitsgemäße Schilderung, ggf. Zeugen angeben, bitte ggf. Rückseite benutzen)				
9.	Ist der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (Ohnmacht, Schwindelanfall oder dgl.) entstanden?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

10.	Welche Polizeidienststelle (Anschrift) hat den Unfall aufgenommen?	Aktenzeichen	
11.	Hatte der Verletzte Alkohol getrunken oder Drogen konsumiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blut-/Urinprobe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12.	Verletzte Körperteile und Art der Verletzung?		
13.	Erkrankungen, Behinderungen, Leiden, Gebrechen zur Zeit des Unfalles? <input type="checkbox"/> nein (die versicherte Person war vollständig gesund)	<input type="checkbox"/> ja, folgende: Behandelnder Arzt:	
14.	Vorangegangene Erkrankungen oder Verletzungen des durch den Unfall beeinträchtigten Körperteils? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: (bitte Datum und Art der Erkrankungen und Verletzungen angeben): ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja, seit ca. (Datum): <input type="checkbox"/> nein	
15.	Vorangegangene Unfälle des / der Versicherten? <input type="checkbox"/> nein Falls „Ja“, wurden deswegen Versicherungsleistungen beansprucht?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: (bitte Datum aller Unfälle und Art der dabei erlittenen Erkrankungen und Verletzungen angeben): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
16.	Von welcher Stelle bezieht der Verletzte eine Rente?	Anschrift und Aktenzeichen	Erwerbsminderungsgrad %
17.	Bestanden oder bestehen noch weitere Unfallversicherungen?	Anschriften und Versicherungsscheinnummern	
18.	Krankenversicherung besteht bei:	Name, Anschrift und Versichertennummer	
19.	Welcher Berufsgenossenschaft oder sonstigen Unfallversicherung gehörte der Verletzte an? Wurde der Unfall dort gemeldet?	Anschrift und Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
20.	Die folgenden Punkte sind nur bei Kraftverkehrs-Unfällen auszufüllen.		
	Hatte der Fahrzeuglenker zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

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 – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

**Hinweis**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

Unterschrift des/der Versicherungsnehmer/-in

## Ärztliche Bescheinigung

Unfall-Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Herr / Frau \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

befand sich vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in unserer stationären Behandlung.

Der stationäre Aufenthalt wurde für \_\_\_\_\_ Tage unterbrochen.

**Diagnosen:**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

Etwaige Kosten für diese ärztliche Bescheinigung trägt der Patient.

Bitte beachten Sie:

die anhängende „Ärztliche Bescheinigung“ lassen Sie

- bei Stationärem Aufenthalt vom Krankenhaus oder
- bei ambulanter Behandlung von Ihrem Arzt

mit Diagnose, Stempel und Unterschrift des Arztes ausfüllen.

Nach Erledigung bitten wir Sie um Rücksendung dieser ärztlichen Bescheinigung zusammen mit der Schadenanzeige.

Bei Rückfragen hierzu können Sie gerne Kontakt per Mail mit uns aufnehmen:  
[leistungsabteilung@wuerzburger.com](mailto:leistungsabteilung@wuerzburger.com)

**Bitte nicht  
vergessen!**

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG  
 Bahnhofstraße 11  
 97070 Würzburg

Vorgangsnummer:

Versicherungsnehmer:

## Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- Zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Würzburger Versicherungs-AG wird mich von einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.
- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich befreie mit dieser Erklärung ausschließlich folgende Einrichtungen bzw. Personen von ihrer Schweigepflicht:

---

Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

### Datenverwendung zur Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Leistungsprüfung durch die Würzburger Versicherungs-AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

### Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Rahmen der Abwicklung des Leistungsfalles an andere Unternehmen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt, übermittelt werden. Die Unternehmen werden eingeschaltet, um die Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

An meinen Vermittler dürfen Gesundheitsdaten nur weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht. Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

### Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

---

Datum, Unterschrift