



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Atlantic Gesellschaft für Versicherungsvermittlung mbH  
Versicherungsmakler  
Wandsbeker Zollstraße 5 • 22041 Hamburg  
Tel.: 040 / 688 60 60  
Fax: 040 / 688 60 626  
info@atlantic-versmkl.de  
http://www.atlantic-versmkl.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>Versicherungs-/Schadennummer:</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt <input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler
<b>Versicherungsunternehmen:</b> <input type="text"/>	
<b>Verletzte Person</b> Bitte je verletzter Person eine separate Schadenanzeige ausfüllen	Name: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Beruf: <input type="text"/> ausgeübte Tätigkeit: <input type="text"/>
<b>Unfalltag / Uhrzeit</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Wo hat sich der Unfall ereignet (Anschrift)?</b>	<input type="text"/>
<b>Genauere Schilderung des Unfallhergangs:</b> Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern - gfls. gesondertes Blatt verwenden.	<input type="text"/>



<b>Art und Umfang</b> der Verletzung	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
Hat die verletzte Person vor dem Unfall - Alkohol getrunken? Blutprobe entnommen? - Drogen konsumiert? - Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge <input style="width: 50px;" type="text"/> % <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche <input style="width: 150px;" type="text"/>
Besteht in Folge des Unfalls <b>Arbeitsunfähigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wie lange voraussichtlich? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Ist/war eine <b>stationäre Krankenaufnahme</b> nötig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wie lange (voraussichtlich)? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus für die Erstversorgung</b>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<b>Aktuell</b> behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
Erlitt die verletzte Person den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Sofern ein <b>Dritter</b> am Unfall beteiligt war und als <b>Unfallverursacher</b> in Frage kommt bitte folgende Angaben machen	Name: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bei <b>Jugendlichen</b> zusätzlich: Geburtsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/> Erziehungsberechtigter: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Besteht für den <b>Schadenverursacher</b> noch anderweitig eine <b>Haftpflichtversicherung</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Versicherer und Versicherungsschein-Nr.: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Welche <b>Zeugen</b> können Sie benennen?	Name: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Ist ein <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Wurden oder werden für die verletzte Person weitere Ansprüche bei <b>anderen Unfallversicherungen</b> oder einer <b>Berufsgenossenschaft</b> geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Versicherer und VS-Nr angeben: <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>



<p>Bestanden <b>Vorerkrankungen oder Vorschädigungen</b> der vom Unfall betroffenen Gliedmaßen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Informationen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p><b>Abwicklung / Kommunikation</b></p>	
<p>Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?</p>	<p><input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail  <input type="checkbox"/> sonstiges <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
<p>Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar?                  Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Auszahlung der Versicherungsleistung bitte auf folgende Bankverbindung:</p>	<p>Konto: <input style="width: 100px;" type="text"/>                  BLZ: <input style="width: 100px;" type="text"/>                  Kontoinhaber: <input style="width: 100px;" type="text"/>                  bei: <input style="width: 100px;" type="text"/>                  IBAN: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
<p>Der <b>Versicherungsnehmer</b> ist mit einer Auszahlung auf das Konto der <b>versicherten Person</b> einverstanden:</p>	<p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer</p>
<p><b>Zusätzliche Bemerkungen:</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>



**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/gesetzl. Vertreter)

**Interne Notizen**

Mitarbeiter:   
 Datum :   
 Uhrzeit: von  bis

- telefonische Erfassung  schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
  - im Maklerbüro  beim Kunden
  -

Rev005 vom 26.08.2015

Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.