

**Schadenanzeige zur** **Allgemeinen Unfallversicherung** **Kraftfahrt-Unfallversicherung**VS-Nr. Schaden-Nr. 

Vermittler Stempel

ASC-Vermittler-Nr. Basler Sachversicherungs-AG  
Basler Str. 4, 61345 Bad HomburgTelefon: 040 – 3599 9272  
Fax: 06172 - 131 87545

Email: schaden-unfall@basler.de

**Dieses Formular ist innerhalb von zwei Wochen an den Versicherer zu senden.****Eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungsfreiheit führen.****1. Versicherungsnehmer**Vorname/Zuname/Fa. Straße/Haus-Nr. PLZ/Wohnort Geburtsdatum Beruf Telefon/E-Mail/Fax **2. Verletzte Person**Vorname/Zuname Straße/Haus-Nr. PLZ/Wohnort Beruf am Unfalltag Beruf seit wann  (Monat/Jahr)Geburtsdatum Telefon/E-Mail/Fax **3. Unfallereignis**

3.1 Wann und wo?	Datum	Uhrzeit	Unfallort mit PLZ
3.2 Art des Unfalls	<input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> Berufsunfall	<input type="checkbox"/> Wegeunfall von/zur Arbeitsstätte
	<input type="checkbox"/> Sport	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Wegeunfall von/zur Schule
	<input type="checkbox"/> Straßenverkehr	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall:	

**3.3. Wodurch wurde der Unfall verursacht? Wie war der Unfallhergang?**

Bitte diese Frage ausführlich beantworten, so dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt.

**3.4 Welche Person(en) war(en) Augenzeuge(n) des Unfallhergangs?**

Name(n) und Anschrift(en)

**3.5 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?** ja  
 nein

Dienststelle - Anschrift

Aktenzeichen **3.6 Wurde der Vorgang an die Staatsanwaltschaft gegeben?** ja  
 nein

Anschrift

Aktenzeichen **3.7 Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Medikamente/Rauschmittel zu sich genommen?**Alkohol  nein ja wann, was, wieviel? (auch geringe Mengen angeben)

**Medikamente/Rauschmittel**

- nein  
 ja wann, was, wieviel? (auch geringe Mengen angeben)

**3.8 Wurde eine Blutprobe entnommen?**

- nein  
 ja Ergebnis in ‰:

**4. Unfallfolgen (Diagnose)****4.1 Verletzte Körperteil(e)/Art der Verletzungen:****4.2 Bei welchem Arzt erfolgte nach dem Unfall zuerst die Behandlung?**

Name und Anschrift

An welchem Tag?

**4.3 Welche Ärzte wurden wegen des Unfalles noch in Anspruch genommen?**

Name und Anschrift

Ab welchem Tag?

**4.4 Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung?**

- ja Von wann bis wann (einschließlich) \_\_\_\_\_  
 nein

**4.5 Bei Berufstätigen: Arbeitsunfähigkeit ab Unfalltag** voraussichtlich bis 6 Wochen voraussichtlich länger als 6 Wochen**Bei Schüler/innen:**Schulausfall:  voraussichtlich bis 19 Tage voraussichtlich länger als 19 Tage**4.6 Ist zu befürchten, dass der Unfall auf Dauer verbleibende Beeinträchtigungen hinterlässt?**  nein ja noch nicht abzusehen**5. Vorschädigungen/Vorerkrankungen****5.1 Stand die verletzte Person in den letzten 5 Jahren wegen früherer Unfälle bzw. Verletzungen oder Krankheiten in ärztlicher Behandlung?** nein ja Wann und wegen welcher Diagnose?**Bei welchen Ärzten (Name/Anschrift)****5.2 Hatte die verletzte Person bereits Beschwerden an dem/den jetzt verletzten Körperteil(en) oder Sinnesorgan(en)?** nein ja Wann und welche?**5.3 Wer ist Hausarzt der verletzten Person?**

Name und Anschrift

**6. Weitere Versicherungen?**

<b>6.1 Bestehen oder bestanden für die verletzte Person noch weitere Unfall-, Insassen-, Unfall-Tagegeld bzw. Krankenhaustagegeld-Versicherungen?</b> <input type="checkbox"/> ja Name(n), Anschrift(en), Versicherungsnummer: <input type="checkbox"/> nein	
<b>6.2 Bei welcher gesetzl. Unfallversicherung ist die verletzte Person versichert?</b> Name(n), Anschrift(en), und Vers.-Nr. (z.B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung)	
<b>6.3 Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?</b> Name(n), Anschrift(en), und Vers.-Nr. der Krankenkasse/Krankenversicherung	
<b>6.4 Hat die verletzte Person bereits Versicherungsleistungen aufgrund von Unfällen erhalten oder wird aufgrund von Unfällen oder Krankheiten eine Rente bezogen?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Von wem? / Wann? Wegen welcher Gesundheitsbeeinträchtigung?

<b>Die Fragen unter Punkt 7 nur bei Kraftfahrzeugunfällen beantworten</b>				
<b>7.1 Welches KFZ wurde bei der Fahrt benutzt?</b>	<input type="checkbox"/> Pkw	<input type="checkbox"/> Kraftrad (Mofa, Moped, Motorrad)	<input type="checkbox"/> LKW	<input type="checkbox"/> sonstige:
Polizeiliches Kennzeichen	Fabrikat-Marke	Fahrgestell-Nr.	Zahl der Sitzplätze	
<b>7.2 Wer ist Halter(in) des KFZ?</b> Name und Anschrift:				
<b>7.3 Wieviel Insassen saßen im KFZ?</b> Anzahl einschl. Fahrer:	<b>Welche Insassen hatten den Sicherheitsgurt angelegt?</b>			
<b>7.4 Wer war Fahrer(in) des KFZ?</b> Name und Anschrift				
<b>7.5 Welchen Führerschein besitzt der/die Fahrer(in)</b> Klasse	Ausstellungsdatum	Ausstellungsort		

<b>Bei Kraftradunfällen:</b> <b>Bitte Kopie der Fahrerlaubnis der Fahrerin/des Fahrers und Kopie des Fahrzeugscheines beifügen</b>
<b>8. Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen</b> Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles 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.
<b>9. Leistungsfreiheit</b> Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese 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 Versicherungsfalles 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. <b>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.</b>



**10. Schweigepflichtentbindungserklärung**

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 Möglichkeiten:

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Basler Versicherungen werden mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Basler Versicherungen in jedem Leistungsfall informieren, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungspflicht, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

**11. Sonstiges**


**12. Bankverbindung**

<b>Auf welche Bankverbindung wünschen Sie im Leistungsfall die Überweisung?</b>	Konto-Inhaber(in)	IBAN
	Geldinstitut	BIC

<b>Ort und Datum</b>	<b>Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)</b>	<b>Unterschrift der verletzten Person (wenn nicht VN)</b>