



Unfallfragebogen

Rücksendung per Fax oder eingescannt per Email an: **leistung@lla-group.com** oder Fax **+423 265 34 41**

Wichtiger Hinweis:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen wahrheitsgemäß und ausführlich. Dies ermöglicht unserer Gesellschaft eine sachgerechte Entscheidung über Ihren Leistungsantrag und verkürzt die Dauer der Leistungsbearbeitung. Beachten Sie bitte die Belehrung, Einzelfalleinwilligungen zur Prüfung der Leistungspflicht und Schlusserklärung am Ende. Bitte vergessen sie auch nicht das Formular auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Versicherungs-Nr. (bitte stets angeben):

FV-

Kontaktdaten der versicherten Person (=VP)

Frau Herr Name, Vorname, Geburtsname Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort, Land E-mail

Telefon Ausgeübter Beruf

Anspruchsteller (soweit nicht identisch mit VP)

Frau Herr Name, Vorname, Geburtsname Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort, Land

E-mail Telefon

Angaben über das Unfallereignis

1. An welchem Tag ereignete sich der Unfall?

Datum Uhrzeit

2. An welchem Ort? (Büro, Wohnung, Gebäude, etc.)

3. Bei welcher Verrichtung oder Tätigkeit?

4. Handelt es sich um einen privaten Unfall oder Arbeitsunfall?

Bei Verkehrsunfällen

Führerschein ausgestellt am: Fahrer Ihres Fahrzeuges? Klasse Datum

Frau Herr Name, Vorname, Geburtsname Alter

Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort, Land

Führerscheindaten Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeuges? Pol. Kennzeichen:

Fabrikat: Fahrrad Motorrad PKW LKW Omnibus

5. Sofern der Unfall polizeilich aufgenommen wurde: Adresse und Aktenzeichen der Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft:



6. Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?

Ja gegen:

bei Behörde/Staatsanwaltschaft AZ:

Nein

7. Name und Anschrift des/der Zeugen

Wichtige Fragen zur Prüfung des Leistungsfalls

8. Hat die versicherte Person in den letzten 36 Stunden vor dem Unfall

Alkoholische Getränke,

Ja

Nein

Medikamente,

Ja

Nein

Drogen zu sich genommen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Menge?

Welcher Art?

Wann?

9. Wurde eine Blutprobe entnommen?

Ja

Nein

Promillegehalt:

10. Art der Unfallverletzungen der versicherten Person:

11. Verletzte Körperteile der versicherten Person:

12. Wann und wem wurde der Unfall erstmals gemeldet?

13. An welchem Tag und zu welcher Stunde wurde erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

14. Bei welchem Arzt? Name und Adresse:

15. Erfolgt oder erfolgte eine stationäre Behandlung?

Ja

Nein

a) vom

bis

b) vom

bis

16. Anschrift des Krankenhauses

zu a)

zu b)

17. Welche weiteren Ärzte wurden konsultiert? Bitte Namen, Adresse und Fachrichtung nennen.

18. War die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls vollständig gesund?

Ja

Nein

Wenn nein, welche Erkrankungen bestanden?



19. Durch welche Ärzte fanden in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall Behandlungen statt?

Name/Adresse:

wegen:

Name/Adresse:

wegen:

20. Hatte die versicherte Person in den letzten zehn Jahren weitere Unfälle? Ja Nein

Wenn ja: Unfalltag: Verletzung:

21. Bestehen darüber hinaus dauerhafte Gesundheitsschädigungen? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

Wurde ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G oder aG ausgestellt? Ja Nein
Wenn ja, bitte Kopie des Versorgungsamtbescheides beifügen.

22. Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung (Stufen 2 oder 3) bezogen? Ja Nein

Wenn ja, Pflegestufe: Pflegebedürftigkeit seit wann:

Falls ja, bitte Kopie des Einstufungsbescheids der Kranken-/Pflegekasse beifügen.

23. Bestehen für die versicherte Person bei anderen Gesellschaften private Unfallversicherungen? Ja Nein

Geben Sie bitte auch Verträge an, die über Dritte (z.B. Arbeitgeber oder Vereine) abgeschlossen wurden. Wenn ja, geben Sie bitte Name der Gesellschaft, Anschrift und Versicherungsnummer an.

Unfallschilderung (ggf. mit Skizze)

24. Aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild des Unfallablaufs/Bewegungsablaufs ergeben, ggf. ein gesondertes Blatt beifügen.



Belehrung - Wichtiger Hinweis

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten (Mitwirkungspflicht) nach dem Versicherungsfall

AUSKUNFTS- UND AUFKLÄRUNGSOBLIEGENHEITEN

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

LEISTUNGSFREIHEIT

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung 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, zur Aufklärung oder zur Beschaffung 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, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

DATENSCHUTZHINWEIS

Ihre Daten werden bei uns gespeichert und im Rahmen der Leistungsprüfung verarbeitet und genutzt.

SCHLUSSERKLÄRUNG

Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person

(bzw. des gesetzlichen Vertreters/
Bevollmächtigten)