

Bei Kraftfahrzeug- Unfällen	Was für ein Fahrzeug wurde benutzt? Art (z.B. PKW, Krad)	Amtliches Kennzeichen	
	Wer lenkte das Fahrzeug? Name, Vorname	Führerscheinklasse	Ausstellungsdatum
Bitte zusätzlich bei Ansprüchen aus einer Insassen-Unfallversicherung beantworten: Ist der Fahrzeuglenker beim Versicherungsnehmer als Kraftfahrer oder Beifahrer angestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wieviele Personen nahmen an der Fahrt teil? Anzahl		Wieviele waren davon unter 14 Jahren?	Anzahl
Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt angelegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Ärztliche Behandlung	Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	Name und Anschrift des Arztes		
	Datum	Uhrzeit		
	War eine stationäre Behandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	vom	bis	
	Name und Anschrift des Krankenhauses			
	Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert? Namen und Anschriften			
	Findet z.Zt. noch ärztliche Behandlung statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Voraussichtliche Behandlungsdauer				
Wer ist jetzt der behandelnde Arzt? Name und Anschrift				
Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Vorerkrankungen und frühere Unfälle	War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Art der Krankheiten oder Leiden	
	Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wann?	Höhe der Entschädigung
	Von welcher Gesellschaft?	
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Höhe der Rente	Von welchem Versicherungsträger?	
%		

Weitere Versicherungen	Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.-Summen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen)	
	Name und Anschrift	

Zahlungswunsch	<input type="checkbox"/> Scheck <input type="checkbox"/> Überweisung
	Zahlungsempfänger
	Anschrift der Bank, Sparkasse oder des Postgiroamtes
	Konto-Nr.

SCHWEIGEPFLICHTS-ENTBINDUNGSERKLÄRUNG (Bitte eine von beiden Möglichkeiten auswählen)

- Mir ist bekannt, dass die DBV Versicherung AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie aus von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck und zur Beschleunigung der Leistungsprüfung befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherung einschließlich der dort gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine erhobenen Gesundheitsdaten von der DBV Deutsche Beamtenversicherung AG zur Leistungsprüfung an sie beratende medizinische Gutachter im erforderlichen Umfang übermittelt werden. Die Mitarbeiter der Versicherer entbinde ich zu diesem Zweck von der Schweigepflicht. Den beratenden Gutachter ermächtige ich, meine zur Leistungsprüfung erforderlichen Gesundheitsdaten an den Versicherer zu übermitteln und entbinde ihn insoweit von seiner Schweigepflicht. Diese Erklärungen kann ich jederzeit gegenüber dem Versicherer und beratenden Gutachter widerrufen. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.
- Eine entsprechende Schweigepflicht-Entbindungserklärung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Verletzten
-----------	---------------------------------------	-----------------------------