Osterstraße 15
26122 Oldenburg

Telefon: 0441 - 92 36-333
Telefax: 0441 - 92 36-5333

E-Mail: kontakt@g-v-o.de
Internet: www.g-v-o.de

GVO
GEGENSEITIGKEIT VERSICHERUNGEN

Unfall-Schadenanzeige

Die Beantwortung aller Punkte und
Angabe der Versicherungsnummer ist unbedingt notwendig.

1.	▶ Bitte unbedingt ausfüllen ◀ Versicherungsnehmer	**Versicherungsschein-Nr.:** (bitte unbedingt angeben) Der Versicherungsnehmer ist telefonisch zu erreichen unter (evtl. Arbeitsstelle): Vorwahl / Tel. Mobil-Tel. e-mail:

2.	Verletzte Person (Vor- und Zuname)		Geburtsdatum	Familienstand
	Anschrift			
	derzeitiger Beruf und Nebenbeschäftigungen		selbständig? ja ❒ nein ❒	
3.	Unfalldatum, Unfallzeit und Unfallort?	Datum	Uhrzeit	Unfallort
4.	Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe?	Datum	Uhrzeit	Name und Anschrift des Arztes
5.	Stationäre Behandlung im Krankenhaus wegen des Unfalls? ja ❒ nein ❒	Aufnahmetag	Entlassungstag	Anschrift des Krankenhauses
6.	Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit?	vom	bis	
7.	Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?	Name und Anschrift		
8.	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?			Berufsunfall ❒ Freizeitunfall ❒
9.	Unfallhergang (ausführliche und wahrheitsgemäße Schilderung, ggf. Zeugen angeben.)			
10.	Ist der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewußtseinsstörung (Ohnmacht, Schwindelanfall oder dgl.) entstanden? ja ❒ nein ❒			
11.	Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?		Aktenzeichen:	
12.	Hatte der Verletzte Alkohol getrunken?	nein ❒ ja, ❒ Menge in den letzten 24 Std. _____	Blutprobe? ja ❒ nein ❒	
13.	Verletzte Körperteile und Art der Verletzung?			
14.	Welche Erkrankungen oder Körperbeschädigungen bestehen außer den Unfallfolgen?			

6201 - 3 - 06.2009

15.	Von welcher Stelle bezieht der Verletzte deshalb eine Rente?	Anschrift und Aktenzeichen	Erwerbsminderungsgrad %
16.	Bestanden oder bestehen noch weitere Unfall- oder Lebensversicherungen? (Anschriften u. Aktenzeichen der Gesellschaften angeben)	Unfallversicherungen	Lebensversicherungen
17.	Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verletzte an? Wurde der Unfall dort gemeldet?	Anschrift und Aktenzeichen ja ❒ nein ❒	
18.	Welcher Krankenversicherung gehört der Verletzte an?	Anschrift und Aktenzeichen	
19.	An wen soll gezahlt werden?	Konto-Inhaber	Bank bzw. PS-Amt
		Konto-Nr.	Bankleitzahl

20. Die folgenden Punkte sind nur bei Kraftverkehrs-Unfällen auszufüllen.

Fahrzeugart	Fahrgestell-Nr.	amtliches Kennzeichen
Name des Fahrzeuglenkers		Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? ja ❒ nein ❒
Führerschein-Klasse	ausstellende Behörde	Listen-Nr.

Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken? ja ❒ nein ❒

Wurde eine Blutprobe entnommen? ja ❒ nein ❒

Beifahrer und Insassen (bitte Namen u. Geburtsdaten sämtlicher Personen angeben)

1.

2.

3.

Ist eine dieser Personen beim Versicherungsnehmer als Fahrer oder Beifahrer angestellt? ja ❒ nein ❒

Welche Personen waren zum Unfallzeitpunkt angegurtet?

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht: ja ❒ nein ❒

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich Vertretene(n) ab, die / der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten 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 (Auskunftobliegenheit) und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheiten). 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 Obliegenheiten 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.

Der Versicherungsnehmer trägt die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben, auch dann, wenn er diese nicht eigenhändig geschrieben hat.

Ort und Datum

Eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers

Vermittler	Vermittler-Nr.	Weitere Versicherungen bei der GVO?
Wann wurde Ihnen der Schaden gemeldet? Tag: Uhrzeit:		Datum / Unterschrift des Vermittlers