



311141100130

Osterstraße 15
26122 Oldenburg
Telefon: 0441 9236-0
Schadenhotline: 0441 9236-333
Telefax: 0441 9236-5333

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



Unfall-Schadenanzeige

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

Versicherungsschein-Nr.: (bitte unbedingt angeben)				Agt.-Nr.	
1. Name und Anschrift des Versicherungsnehmers	Herr/Frau/Firma:			Wichtiger Hinweis für unsere Versicherten! Nachstehende Fragen sind vom Versicherungsnehmer selbst zu beantworten. Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und <u>Vollständigkeit</u> der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Striche oder sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung. - <u>Wir empfehlen dem Versicherungsnehmer, ohne Zustimmung der Gesellschaft keine Ansprüche des Geschädigten anzuerkennen oder zu befriedigen. Beschädigte Sachen sind aufzubewahren! Eine Reparatur darf nur mit Zustimmung des Versicherers erfolgen!</u> Ihre GVO	
	Vorname:				
	Nachname:				
	Straße, Haus-Nr.:				
	PLZ, Ort:				
	Telefon:				
	E-Mail:				
2. Verletzte Person	Vor- u. Zuname:			Eine evtl. Entschädigung soll erfolgen an: <input type="checkbox"/> den Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> per Scheck <input type="checkbox"/> den Anspruchsteller <input type="checkbox"/> per Überweisung <input type="checkbox"/> den Rechnungssteller <input type="checkbox"/>	
	Straße, Haus.-Nr.:				
	PLZ, Ort:				
	Telefon:			Bankverbindung: IBAN: Kreditinstitut:	
	E-Mail:				
	derzeitiger Beruf und Nebenbeschäftigung:	<input type="checkbox"/> selbständig			
Geburtsdatum:		Familienstand:			
3.	Unfalldatum, Unfallzeit, 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? (Bitte Arztbericht/Entlassungsbericht beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?				<input type="checkbox"/> Berufsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall
9.	Unfallhergang (ausführliche und wahrheitsgemäße Schilderung, ggf. Zeugen angeben.)				
10.	Ist der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (Ohnmacht, Schwindelanfall oder dgl.) entstanden?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

11.	Welche Polizeidienststelle hat den Schaden aufgenommen?				
	Aktenzeichen:				
12.	Hatte der Verletzte Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Menge in den letzten 24 Std.	Blutprobe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	Verletzte Körperteile und Art der Verletzung:				
14.	Welche Erkrankungen oder Körperbeschädigungen bestehen außer den Unfallfolgen?				
15.	Von welcher Stelle bezieht der Verletzte deshalb eine Rente?				
16.	Bestanden oder bestehen noch weitere Unfall- oder Lebensversicherungen? (Anschriften u. Aktenzeichen der Gesellschaften angeben)		Unfallversicherungen		Lebensversicherungen
			Anschrift und Aktenzeichen		
17.	Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verletzte an?				
	Wurde der Unfall dort gemeldet?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
18.	Welcher Krankenversicherung gehört der Verletzte an?		Anschrift und Aktenzeichen		
20.	Die folgende Punkte sind nur bei Kraftverkehrs-Unfällen auszufüllen.				
	Fahrzeugart:		Fahrgestell-Nr.:		
	amtliches Kennzeichen:		Name des Fahrzeuglenkers:		
	Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Führerschein-Klasse:
	ausstellende Behörde		Listen-Nr.		
	Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Wurde eine Blutprobe entnommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Beifahrer und Insassen (bitte Namen und Geburtsdatum sämtlicher Personen angeben)				
	1.				
	2.				
	3.				
	Ist eine dieser Personen beim Versicherungsnehmer als Fahrer oder Beifahrer angestellt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welche Personen waren zum Unfallzeitpunkt angegurtert?					
21.	Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich Vertretene(n) _____ ab, die / der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.</p>					
<p>Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall</p> <p>Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten</p> <p>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 (Aufklärungsobliegenheiten). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.</p> <p>Leistungsfreiheit</p> <p>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.</p> <p>Hinweis:</p> <p>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.</p> <p>Der Versicherungsnehmer trägt die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben, auch dann, wenn er diese nicht eigenhändig geschrieben hat.</p>					
Ort, Datum:			eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers		
Vermittler:		Vermittler-Nr.		Weitere Versicherungen bei der GVO?	
Wann wurde Ihnen der Schaden gemeldet?		Tag: Uhrzeit:		Datum und Unterschrift des Vermittlers:	