



Diese Schadenanzeige senden Sie bitte an:

Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine  
Zweigniederlassung der AXA Versicherung AG  
Abteilung Unfallschaden (US)  
51172 Köln

# Schadenanzeige zur Unfallversicherung



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?		Datum
	Name und Anschrift des Arztes		Uhrzeit
	War eine stationäre Behandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	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 Krankheit oder Leiden		
	Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten? 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 Postbank		
	Konto-Nr.		Bankleitzahl
	<b>Schweigepflichts-Entbindungserklärung (Bitte <u>eine</u> von beiden Möglichkeiten auswählen)</b>		
<input type="checkbox"/> Mir ist bekannt, dass die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine, Zweigniederlassung der AXA 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 jeder Zeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an den Heilbehandlungen beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme 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. Die Mitarbeiter der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine, Zweigniederlassung der AXA Versicherung AG selbst entbinde ich von der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an sie beratende medizinische Gutachter übermittelt werden. 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 Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.			
<input type="checkbox"/> 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.			
Unterschriften	Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Verletzten

Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine  
Zweigniederlassung der AXA Versicherung AG

Börsenplatz 1, 50667 Köln · Postanschrift: 51171 Köln  
Internet: [www.aerzteversicherung.de](http://www.aerzteversicherung.de) · E-Mail: [service@aerzteversicherung.de](mailto:service@aerzteversicherung.de)  
Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 17593  
USt.-Ident.-Nr. DE 122786679 · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Alfred Bouckaert  
Vorstand: Dr. Frank W. Keuper, Vorsitzender; Rainer Brune, Dr. Patrick Dahmen,  
Wolfgang Hanssmann, Dr. Markus Hofmann, Ulrich C. Nießen,  
Dr. Heinz-Jürgen Schwering, Jens Wieland