

Bitte Belege, Verletzungs- und Behandlungsnachweise beifügen  
(z. B. Kopie des ärztlichen Befund-/Behandlungsberichtes, ggf. des  
Entlassungsberichtes des Krankenhauses) und vollständig  
ausgefüllt und unterschrieben an:

Die Unfallschadenabteilung erreichen  
Sie unter der Service-Nummer  
0221 7715-5050

Zurich Versicherung Aktiengesellschaft (Deutschland)

**Zurich Versicherung  
Aktiengesellschaft (Deutschland)  
– Unfall –  
Riehler Straße 90**

**50657 Köln**

## Unfallanzeige

Schaden-Nummer (Bitte stets angeben)

Versicherungsschein-Nummer

### 1. Angaben zum Versicherungsnehmer

1.1 Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon tagsüber:

Telefax:

Telefon abends:

Anschrift, (Straße, Postleitzahl, Ort):

### 2. Angaben zur verletzten Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird

2.1 Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon tagsüber:

Telefax:

Telefon abends:

2.2 Anschrift, (Straße, Postleitzahl, Ort):

Berufstätigkeit:

Arbeitgeber

(mit Anschrift der Arbeitsstätte):

2.3 Krankenversicherung besteht bei

(mit Anschrift und Versicherungsnummer):

2.4 Bestehen für die verletzte Person weitere  
Unfallversicherungen  
(ggf. über Arbeitgeber, Sportverein,  
Gewerkschaft etc.)?

Nein

Ja, und zwar (bitte mit Anschrift und Versicherungs-  
oder Bearbeitungsnummer):

### 3. Angaben zum Unfall

3.1 Unfalldatum, Uhrzeit:

Unfalldatum:

Uhrzeit:

Unfallort (ggf. mit Straße, Nr.):

nähere Beschreibung des Unfallortes  
(z. B. Büro, Werkstatt etc.):

---

---

---

---

3.2 Unfallhergang und Unfallursache  
(aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben; ggf. bitte auf gesondertem Blatt fortführen):

---

---

---

---

---

3.3 Arbeitsunfall?

Nein  Ja

Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte?

Nein  Ja

3.4 Wird/wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet?

Nein  Ja, und zwar (bitte Namen, Anschrift und – soweit bekannt – Aktenzeichen angeben):

---

---

---

3.5 Behördliche Unfallaufnahme (z. B. Polizei, Gewerbeaufsicht)?

Nein  Ja, und zwar (bitte Behörde, Anschrift, Telefonnummer und Aktenzeichen angeben):

---

---

---

---

3.6 Augenzeugen des Unfalles (bitte möglichst mit vollständiger Anschrift):

---

---

---

3.7 Alkoholgenuss oder Einnahme von Drogen oder Medikamenten 12 Stunden vor dem Unfall?

Nein  Ja, und zwar (Art und Menge):

---

---

Blutprobenentnahme?

Nein  Ja, Ergebnis \_\_\_\_\_ Promille

#### 4. Fragen zu den Unfallfolgen und zur Unfallbehandlung

4.1 Verletzter Körperteil und Art der Verletzung:

---

---

4.2 Erfolgte eine stationäre Unfallbehandlung?

Nein  Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

4.3 Erstmalige Unfallbehandlung (Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses):

---

---

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_ Behandlungsende: \_\_\_\_\_

4.4 Weitere Unfallbehandlungen (Namen und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser):

---

---

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_ Behandlungsende: \_\_\_\_\_

---

---

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_ Behandlungsende: \_\_\_\_\_

---

---

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_ Behandlungsende: \_\_\_\_\_

## 5. Fragen zu Vorerkrankungen und Vorunfällen der verletzten Person

- 5.1 Lagen zur Zeit des Unfalles Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor?
- Nein, die verletzte Person war völlig gesund
- Ja, folgende: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Resultiert daraus eine Invalidität, Rente, Pflegestufe oder Arbeitsunfähigkeit?
- Nein  Ja, ggf. Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ %
- Pflegestufe: \_\_\_\_\_
- 5.2 Von welchen Ärzten ist die verletzte Person in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall behandelt worden?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 5.3 Frühere Unfälle der verletzten Person?
- Nein  Ja, und zwar (bitte Unfalldatum und betroffenes Körperteil sowie die Art der Verletzung angeben):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 6. Fragen bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

- 6.1 Kraftfahrzeugart:
- PKW  Moped
- LKW  Mofa
- Motorrad/-roller  sonstiges: \_\_\_\_\_
- Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Fahrgestell-Nr. (FIN): \_\_\_\_\_
- 6.2 Fahrer:
- Führerscheinklasse: \_\_\_\_\_
- Fahrerlaubnis entzogen?  Ja  Nein
- 6.3 War die verletzte Person gem. Ziff 2. dieses Fragebogens ordnungsgemäß angegurtet?  Ja  Nein
- 6.4 Fahrzeughalter: \_\_\_\_\_
- Wie viel Insassen hatte das Unfallfahrzeug? \_\_\_\_\_
- 6.5 Namen und Anschriften aller Insassen: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 7. Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen

\_\_\_\_\_  
Kontonummer                      Bankleitzahl                      Name, Bezeichnung des Geldinstitutes

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

### Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung der geltend gemachten Ansprüche die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den übermittelten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) sowie aus Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Damit der Versicherer die notwendigen Prüfungen durchführen kann, ist eine Schweigepflichtentbindungserklärung erforderlich. Die Schweigepflichtentbindungserklärung kann entweder für jede erforderliche Einzelanfrage des Versicherers oder generell für alle zur Abwicklung des Schadenfalles erforderlichen Anfragen erteilt werden. Die Abgabe einer generellen Schweigepflichtentbindungserklärung ist in der Regel zweckmäßig, weil sich oft erst im Nachhinein ergibt, ob und ggf. welche weiteren Informationen für die sachgerechte Prüfung benötigt werden. Wenn die generelle Schweigepflichtentbindungserklärung erteilt wurde, kann der Versicherer ohne zusätzliche Rückfragen und ohne die damit notwendigerweise verbundenen Verzögerungen die erforderlichen Prüfungen durchführen.

Bitte kreuzen Sie an, für welche Alternative Sie sich entscheiden:

- Generelle Schweigepflichtentbindungserklärung gem. Anlage**
- Schweigepflichtentbindung je Einzelfall**

Eine generelle Schweigepflichtentbindung für die Abwicklung des gesamten Schadenfalles gebe ich nicht ab. Daher teilt mir der Versicherer – falls erforderlich – mit, von welchen Personen oder Behörden eine Auskunft benötigt wird. Ich erkläre dann jeweils schriftlich, ob ich die genannten Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde oder ob ich die benötigten Auskünfte auf eigene Initiative und Verantwortung beschaffe und dem Haftpflichtversicherer vorlege. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zu einer Verzögerung der Schadenbearbeitung führen kann.

- **Ich nehme davon Kenntnis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches selbst dann führen können, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch und dann verantwortlich, wenn ein anderer das Ausfüllen der Schadenanzeige übernommen hat. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.**

---

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

---

Ort, Datum, Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

# Auskunftsermächtigung und Schweigepflichtentbindungserklärung

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Anschrift

**Betrifft:** Unfall/Schadenfall vom \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, die mit der Heilbehandlung betraut worden sind oder die in den zur Anspruchsbegründung vorgelegten Unterlagen genannt sind, gegenüber der Zurich Versicherung AG (Deutschland) von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen auch über meinen Tod hinaus.

Ich ermächtige andere Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger, Behörden und sonstige Institutionen, die aus Anlass des oben bezeichneten Unfalls/Schadenfalls tätig wurden oder zukünftig tätig werden, der Zurich Versicherung AG (Deutschland) die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Sofern zur medizinischen Beurteilung der Unfallfolgen auf unfallunabhängige Erkrankungen und Vorschädigungen eingegangen werden muss, bezieht sich meine Erklärung auch hierauf.

Weiterhin ermächtige ich meinen Arbeitgeber, der Zurich Versicherung AG (Deutschland) Informationen über meinen dortigen Tätigkeitsbereich zur Verfügung zu stellen.

Die erhobenen Gesundheitsdaten können von der Zurich Versicherung AG (Deutschland) im erforderlichen Umfang zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche an externe berufskundliche oder medizinische Gutachter übermittelt werden, welche ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen.

Erklärung für Kinder und gesetzlich vertretene Personen:

Vorstehende 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.\*

Diese Auskunftsermächtigung- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bin nicht verpflichtet, die vorstehende pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben. Von der Möglichkeit, stattdessen die von der Zurich Versicherung AG (Deutschland) für die Anspruchsprüfung benötigten Unterlagen auf konkrete Einzelanforderung hin auch auf eigene Initiative und Verantwortung selbst zu beschaffen bzw. im Einzelfall über eine Entbindung von der Schweigepflicht nach freiem Ermessen zu entscheiden, mache ich jedoch keinen Gebrauch.

---

Ort, Datum

Unterschrift

\* Kinder sollten spätestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres eine eigene Erklärung abgeben.