



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?  ja  nein  
 Wieviele Personen nahmen an der Fahrt teil? Anzahl  Wieviele waren davon unter 14 Jahren? Anzahl

Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt angelegt?  ja  nein

Ärztliche Behandlung

Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?  
 Datum  Uhrzeit  Name und Anschrift des Arztes

War eine stationäre Behandlung erforderlich?  ja  nein vom  bis

Name und Anschrift des Krankenhauses

Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?  
 Namen und Anschriften

Findet z.Zt. noch ärztliche Behandlung statt?  ja  nein  
 Voraussichtliche Behandlungsdauer

Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?  
 Name und Anschrift

Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung?  ja  nein

Vorerkrankungen und frühere Unfälle

War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund?  ja  nein  
 Art der Krankheiten oder Leiden

Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?  ja  nein  
 Wann?  Höhe der Entschädigung  Von welcher Gesellschaft?

Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente?  ja  nein  
 Höhe der Rente  % Von welchem Versicherungsträger?

Weitere Versicherungen

Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.-Summen  ja  nein

Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen)  
 Name und Anschrift

Zahlungswunsch

Scheck  Überweisung  
 Zahlungsempfänger   
 Anschrift der Bank, Sparkasse oder des Postgiroamtes   
 Konto-Nr.  Bankleitzahl

**SCHWEIGEPFLICHTS-ENTBINDUNGSERKLÄRUNG (Bitte eine von beiden Möglichkeiten auswählen)**

- Mir ist bekannt, dass die 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 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 Schweigepflicht 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. Die Mitarbeiter der AXA Versicherung AG selbst entbinde ich von der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an sie beratende medizinischen Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gelten 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