



**Senden Sie bitte die ausgefüllte Schadenanzeige sofort zurück an:
Please return the completed claims form to:**

SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH
P.O. BOX 11 41
D - 88240 Weingarten
Germany

Unfallanzeige/Accident claim form

Schaden-Nummer (bitte nicht ausfüllen)
Policy claim no. (leave blank):

Versicherungsschein-Nummer (aus Police übertragen)
Insurance policy number (see policy):

Versicherungsnehmer/Person insured

Name des Versicherungsnehmers Name of insured person	Telefon tagsüber Daytime phone no.	Telefon abends Evening phone no.
Anschrift Address		Telefax / Fax no.
Beruf Occupation		Geburtsdatum / Date of birth

Verletzte Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird, falls abweichend Injured person for whom an insurance claim is being made

Name des Versicherungsnehmers Name of insured person	Telefon tagsüber Daytime phone no.	Telefon abends Evening phone no.
Anschrift Address		Telefax Fax no.
Beruf Occupation		Geburtsdatum / Date of birth

Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen Bank details for transfer of insurance payments

Kontonummer Account no.	Bankleitzahl International bank code (BIC/SWIFT)	Bei (Bank, Sparkasse) Name and address of bank
Kontoinhaber Account name		

Unfallgaben / Accident details

Wann hat sich der Unfall ereignet? When did the accident take place? am/at: Uhrzeit/time:	Wo (Genauere Orts- und Straßenangabe) Where (precise details of town and street)
Genauere Beschreibung des Unfallhergangs: (Falls nicht ausreichend, bitte zusätzliches Blatt verwenden) Please provide precise description of accident: (use additional sheet of paper if necessary)	
Hat sich der Unfall bei der Arbeit oder auf dem Weg von bzw. Zur Arbeitsstelle ereignet? Did the accident take place on the way to or from the place of work? <input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no	

<p>Welcher Berufsgenossenschaft/betriebl. Versicherung wurde der Unfall gemeldet? (Name und Anschrift) Name and address of professional/trade association or employers liability insurance to which the accident was reported</p>	<p>Bei welcher Gesellschaft oder Kasse ist die verletzte Person krankenversichert? With which company or organisation does the injured person have accident insurance?</p>
<p>Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Did the injured person drink any alcohol in the 12 hours before the accident? <input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no falls ja, welcher Art und wieviel? If yes, what kind of alcohol and how much?</p>	<p>Blutalkoholuntersuchung Blood test for alcohol <input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no falls ja, mit welchem Ergebnis? if yes, with what result? Promille</p>
<p>Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Was the accident recorded by the police? <input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no: falls ja, bitte Anschrift und Telefonnummer der Polizeidienststelle und Aktenzeichen angeben. if yes, please give the address and phone number of the police station and accident reference number.</p>	
<p>Bestanden für die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt weitere Unfallversicherungen (ggf. auch über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaft usw.) Did the injured person have any other accident insurance at the time of the accident (if applicable, via employer, sports club, trade union) <input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no: falls ja, Name, Anschrift des Versicherers und Vertragsnummer angeben. if yes, provide name and address of the insurer and policy/contract number.</p>	
<p>Leidet die verletzte Person an Erkrankungen oder hat sie bereits früher Unfälle erlitten? Does the injured person suffer from any illness or have they had any accidents in the past? <input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no: falls ja, welcher Art? If yes, what kind?</p>	<p>Resultiert daraus eine Invalidität, Rente oder Arbeitsunfähigkeit? Has this resulted in invalidity, pension or inability to work? <input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no: falls ja, seit wann und zu wieviel Prozent? If yes, since when and to what percentage?</p>

Bei Unfällen mit einem Kraftfahrzeug bitte zusätzlich die nachstehenden Fragen beantworten
If the accident took place with a vehicle, please complete the section below

<p>Name und Anschrift der Insassen Names and addresses of those in the vehicle</p>		<p>Geburtsdatum Date of birth</p>	<p>Verletzung Injury</p>
<p>Fahrzeugart Type of vehicle</p>	<p>Hersteller Manufacturer</p>	<p>Typ/Modell Type/model</p>	<p>Amtliches Kennzeichen Vehicle registration number</p>
<p>Fahrgestell-Nummer (FIN) Vehicle identity number</p>		<p>Zahl der Plätze Number of seats</p>	<p>Wieviel Personen befanden sich im Fahrzeug? How many people were in the vehicle?</p>
<p>Welchem Zweck diente die Fahrt? Reason for journey?</p>			
<p>Wer lenkte das Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt? Sie selbst? Ja nein – oder (Name, Anschrift): Who was driving the vehicle at the time of the accident? You? Yes no – or (name, address)</p>			
<p>Welchen Führerschein hatte der Fahrer am Unfalltag? What type of driving licence did the driver on the day of the accident have? Klasse: Ausstellungsdatum: Führerschein-Nummer: Ausstellende Behörde: Class: Date of issue: Driving licence no: Issued by:</p>			

Wurde der Führerschein entzogen?

Was the driving licence taken away?

ja/yes nein/no: falls ja, wann?
if yes, when?

Wer war angeschnallt? Who had their seat belt fastened?

Fahrer/driver	<input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no
Insassen hinten links/passenger back left	<input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no
Beifahrer vorn/passenger in front	<input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no
Insassen hinten Mitte/passenger back middle	<input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no
Insassen hinten rechts/passenger back right	<input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no

Schweigepflicht-Entbindungserklärung für die Unfallanzeigen in der Allgemeinen Unfallversicherung Declaration on confidentiality release as part of general insurance

Durch bewusst unwahre oder unvollständige Angaben verliert der Versicherungsnehmer/Versicherte auch dann den Versicherungsschutz, wenn dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus den von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zwecke 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 sowie für andere Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherer, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich

vertretenen _____
ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

The validity of insurance protection is lost to the insuree/insured person through knowingly untrue or incomplete statements, even where the insurance company is not subjected to loss as a result of these.

I understand that in order to assess its liability, the insurance company will examine the information that I give here in this claim, or which come from a member of the medical profession. I therefore release any members of a medical profession or medical facilities from their duty to confidentiality that have been named in the documentation provided or who were involved in medical treatment. I also release the obligation to confidentiality in relation to an investigation of liability in the case of my death.

The release from confidentiality also applies to public servants – with the exception of social security bodies; it further applies to family members of the insured person as well as other accident, health, as well as medical insurance and life assurance companies, who may be questioned regarding insurance policies held with them.

This declaration is given by me on behalf of my legal

representative _____,
who is unable to judge the meaning of this declaration himself/herself.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers
Place, date, signature of insuree

Ort, Datum, Unterschrift der verletzten Person
Place, date, signature of the injured person

