

Hat die verletzte Person innerhalb von 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? <i>Did the injured person drink any alcohol in the 24 hours before the accident?</i>	
<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Falls ja, welche Art und wieviel? <i>If yes, what kind of alcohol and how much?</i> _____	
Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen? <i>Was an alcohol-blood sample taken?</i>	Ergebnis: <i>Result:</i> _____
<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no

Wurde der Unfall Polizeilich aufgenommen ? <i>Was the accident recorded by police ?</i>	
<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Anschrift/Dienststelle _____ <i>address/department</i>	Tagebuch-Nummer _____ <i>Incident/log no.</i>

Bestanden für die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt weitere Unfallversicherungen (ggf. auch über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaften, usw.) <i>Did the injured person have any other accident insurance at the time of a accident (if applicable via employer, sports club, trade union etc.)</i>	
<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Falls ja, Name und Anschrift des Versicherers und Vertragsnummer angeben. <i>If yes, provide name and address of the insurer and policy/ contract number</i>	

Leidet die verletzte Person an Erkrankungen oder hat Sie bereits frühere Unfälle erlitten? <i>Does the injured person suffer from any illness or has the injured person had any accident in the past?</i>	
<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Falls ja, welche Art? <i>If yes, what kind?</i> _____	

Resultiert daraus eine Invalidität, Rente oder Arbeitsunfähigkeit? <i>Has this resulted in invalidity, pension or inability to work?</i>	
<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nein/no
Falls ja, welche Art? <i>If yes, what kind?</i> _____	

Bei Unfällen mit einem Segelboot/ Motorboot bitte zusätzlich die nachstehenden Fragen beantworten
If the accident took place while using a sailingboat/ motorboat, please complete the questions below

Wer lenkte das Boot zum Unfallzeitpunkt ? (Name, Anschrift) <i>Who was driving the boat at the time of the accident? (name, address)</i>

Welchem Zweck diene die Fahrt? <i>Purpose for trip?</i>

Hersteller <i>Manufacturer</i>	Typ/Modell <i>Type/Model</i>	Länge in Fuß <i>Length in feet</i>	PS/kW <i>Hp/kW</i>
--	--	--	------------------------------

Wo gemietet? Name und Adresse <i>Where rented? name and address</i>

Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen <i>Bank details for transfer of insurance payments</i>		
IBAN-Nummer: <i>IBAN-Number:</i>	BIC <i>BIC. No .</i>	Bank Name, Adresse: <i>Bank name, address:</i>
Kontoinhaber: <i>Account name:</i>		

Schweigepflicht-Entbindungserklärung für die Unfallanzeige in der Allgemeinen Unfallversicherung <i>Declaration on confidentiality release as part of general insurance</i>	
<p>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 denen 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.</p> <p>Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; ferner für die Angehörigen, sowie für andere Unfall-, Kranken- und Lebensversicherer, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.</p>	<p>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 comes 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 a medical treatment. I also release the obligation to confidentiality in relation to an investigation of liability in the case of my death.</p> <p>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- and medical insurance and life assurance companies, who may be questioned regarding insurance policies held with them.</p>
<p>Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich vertretenen _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.</p>	<p>This declaration is given by me on behalf of my legal representative _____ who is unabel to judge the meaning of this declaration himself/herself.</p>
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche oder lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, selbst dann, wenn es sich nicht auf die Beurteilung des Falles auswirkt und dem Versicherer dadurch kein Schaden entsteht.</p> <p>I certify by signing below that all the questions in this claim form have been answered fully and correctly. This also applies even in a case where I myself have not written the answers. I understand that knowingly incorrect or incomplete details may lead to the loss of insurance protection, even when it has no effect on the evaluation of the case and do not thereby result in any injury for the insurer.</p>	
<p>Ort, Datum <i>Place, date</i></p>	<p>Unterschrift des Versicherungsnehmers <i>signature of insured</i></p>