

Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, Art: Menge:
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, mit welchem Ergebnis? %o

Zeugen des Unfalles : Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Wenn ja, von welcher Polizeidienststelle: Zuständige Staatsanwaltschaft:	Name/Anschrift: Name/Anschrift: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tagebuch-Nr.: Aktenzeichen:
---	---

Wann wurde erste ärztliche Hilfe geleistet? Durch wen? Welche Ärzte wurden noch hinzugezogen? Wer ist der zur Zeit behandelnde Arzt? Ist dieser gleichzeitig der Hausarzt? Wann wurde die Behandlung beendet?	Datum: Uhrzeit: Name/Anschrift: Name/Anschrift: Name/Anschrift: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Datum:
--	--

Leidet oder litt die verletzte Person an einer Gesundheitsstörung, chronischen Erkrankung oder sonstigen Gebrechen? Behandelnde Ärzte: Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten? Hat sie dafür eine Versicherungsleistung erhalten/beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, woran? Name/Anschrift: Name/Anschrift: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, welche Verletzungen hat sie dabei erlitten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, von wem?
--	---

Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen? (Bei mehr als 2 bitte extra Blatt) Zuständige Berufsgenossenschaft: Zuständige Krankenversicherung/Kranken-kasse:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, Gesellschaft: Versicherungsschein-Nr.: Gesellschaft: Versicherungsschein-Nr.: Name/Anschrift: Name/Anschrift:
---	---

Bei Verkehrsunfällen	
Welches Kraftfahrzeug wurde benutzt?	<input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Kraftrad <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW
Amtliches Kennzeichen:	
Halter:	Name/Anschrift:
Lenker:	Name/Anschrift:
Führerschein des Lenkers:	Klasse: ausgestellt am: von:
Ist die verletzte Person angestellter Kraftfahrer/Beifahrer des Versicherungsnehmers?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wieviel Personen befanden sich insgesamt bei Eintritt des Unfalles im Kraftfahrzeug?	Anzahl:
	Name Geburtsdatum angegurtet
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

An wen soll die Zahlung erfolgen:		
Kontoinhaber/in:		
Konto-Nr.:	Bank:	Bankleitzahl:

Die im Zusammenhang mit der Leistungsbearbeitung stehenden personenbezogenen Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Mannheimer Versicherung AG gespeichert und verarbeitet sowie ggf. an die betroffenen Rückversicherer übermittelt. Die Anschriften der speichernden Datenempfänger werden auf Wunsch mitgeteilt.

Mir ist bekannt, dass die Mannheimer Versicherung AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck 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 – und für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die / der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ich versichere, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass falsche oder lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, bei Vorsatz auch dann, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des/der Versicherten
(im Todesfall des/der Erben, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)