

## Unfallbericht

Continentale Versicherungsverbund 44119 Dortmund

Continentale Versicherungsverbund  
44119 Dortmund  
Telefon 0231 919-2313  
Telefax 0231 919-2522  
schaden@continentale.de

### Versicherungs- bzw. Schadennummer

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig, damit wir mögliche Ansprüche aus Ihrer Unfallversicherung prüfen können. Benutzen Sie ein gesondertes Blatt, wenn der vorgesehene Raum dafür nicht reicht.

<b>1. Verletzte Person</b>	Vorname und Name	Geburtsdatum	derzeitige berufliche Tätigkeit
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Telefonnummer	Arbeitgeber
<b>2. Allgemeine Unfalldaten</b>	Datum/Uhrzeit	Unfallort	
Unfallursache		Tätigkeit bei Unfalleintritt	

#### 3. Schilderung des Unfallhergangs:

#### Welche Verletzungen wurden unmittelbar nach dem Ereignis festgestellt?

<b>4. Unfallart:</b>	<input type="checkbox"/> Unfall ohne Beziehung zum Beruf	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Kindergartenunfall	<input type="checkbox"/> Sportunfall	<input type="checkbox"/> Wegeunfall
<input type="checkbox"/> Betriebs-, Berufs- oder Dienstunfall (dazu gehören auch Unfälle auf Berufsreisen, Geschäftsgängen usw.)					
Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig (Anschrift und Aktenzeichen)?					
<b>Verkehrsunfall?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	In welcher Eigenschaft war die verletzte Person am Verkehr beteiligt (z.B. Fußgänger, Radfahrer)?		
Lag für das Führen des Unfallfahrzeuges eine gültige Fahrerlaubnis vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
<b>5. Zeugen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Name(n) und genaue Anschrift(en)					
<b>6. Amtliche Ermittlungen (auch wenn kein Verkehrsunfall)?</b>	Wurde der Unfall protokolliert?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwebt ein Ermittlungsverfahren?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anschrift und Aktenzeichen der Polizeidienststelle/Staatsanwaltschaft/Bußgeldbehörde:					
<b>7. Alkohol-/Rauschmittelgenuss (auch wenn kein Verkehrsunfall):</b>				ggf. wann, was und welche Menge?	
Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol/Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Wurde der verletzten Person eine Blut-/Urinprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ggf. Ergebnis in %	Blutprobe:	Urinprobe:

**Versicherungs- bzw. Schadennummer:**

**Verletzte Person:**

<b>8. Ärztliche Behandlung</b>						
8.1	Beginn der Behandlung	Datum	Uhrzeit			
8.2	<b>Erstbehandelnder Arzt</b>	Name/Anschrift				
8.3	<b>Stationäre Krankenhausbehandlung?</b> Anschrift des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom	bis	
8.4	<b>Weiterbehandelnder Arzt</b>	Name/Anschrift				
9.	<b>Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten?</b> ggf. wann, welche Körperschäden? Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	<b>Bestehen oder bestanden unabhängig von den Folgen des jetzigen Unfalls Krankheiten oder Gebrechen?</b> ggf. welche, Name(n) und Anschrift(en) behandelnder Ärzte				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Pflegestufe/-grad</b>		<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> ist beantragt	<input type="checkbox"/> seit	<b>Stufe</b>	<b>Grad</b>
11.	<b>Bestehen oder bestanden weitere Unfallversicherungsverträge?</b> ggf. Name(n), Anschrift(en) und Versicherungs-Nummer(n) der Gesellschaft(en)				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	<b>Krankenversicherung</b>	Name, Anschrift und Versicherungs-Nummer der Gesellschaft				
13.	<b>Bankverbindung</b>	Name und Ort des Geldinstituts		BIC		
	IBAN	Kontoinhaber				

**Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt bin ich verantwortlich. Die Hinweise nach § 28 Abs. 4 VVG und auf die Fristenregelungen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Continentale Sachversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Continentale Sachversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Beinhaltet der Vertrag Assistance-Leistungen, übertragen wir die Erledigung dem Malteser Hilfsdienst, Köln. Im Fall von Rehabilitations-Leistungen führt die ReIntra GmbH, Unterföhring, das Management durch.

Dabei kommt es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten. Für die Weitergabe dieser und Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und - soweit erforderlich - für die genannten Dienstleister.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die ReIntra GmbH und den Malteser Hilfsdienst übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Sachversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ReIntra GmbH und des Malteser Hilfsdienstes im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ergänzende Angaben auf einem gesonderten Blatt sind beigefügt.

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten (in Deutschland  
ab 16 Jahren / in Österreich ab 14 Jahren)  
bzw. der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,  
 bitte berichten Sie uns über diesen Unfall und seine Folgen.  
 Vielen Dank. Ihre Kosten übernehmen wir.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Schmitz



Dr. Niemöller

Continentale Versicherungsverbund  
 44119 Dortmund  
 Telefon 0231 919-2313  
 Telefax 0231 919-2522

Versicherungs- bzw. Schadennummer

Name der verletzten Person

Geburtsdatum

## Ärztlicher Erstbericht zu einer privaten Unfallversicherung

<b>1. Angaben über das Unfall- ereignis</b>	1.1 Unfalltag	Uhrzeit	1.2 <input type="checkbox"/> Berufsunfall	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
	1.3 Wurde Alkohol- oder Rauschmittelgenuss festgestellt?		1.4 ggf. Ergebnis einer Blut-/Urinprobe in %	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Blutprobe:	Urinprobe:
	1.5 Unfallursache und -hergang?			
<b>2. Diagnose</b>				
<b>3. Behandlung</b>	3.1 Behandlungsbeginn bei Ihnen?	3.2 Ist die Behandlung abgeschlossen?		
	Datum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> ja, am	<input type="checkbox"/> nein
	voraussichtlich am:			
<b>4. Tagegeld</b>	4.1 Zuletzt ausgeübter Beruf? Tätigkeit?	4.2 Beeinträchtigung durch den Unfall in diesem Beruf (Tätigkeit)?		
		zu	%	vom
		zu	%	vom
	zu	%	vom	bis
<b>5. Kranken- haustage- geld</b>	5.1 War eine vollstationäre Behandlung wegen <b>des Unfalls</b> erforderlich?			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom	bis	wo
	vom	bis	wo	
5.2 Ist eine (erneute) stationäre Behandlung geplant?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
<b>6. Andere Versicherer</b>	6.1 Welcher gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung oder anderen Versicherungsgesellschaft haben Sie über diesen Unfall Auskunft gegeben (Namen, Aktenzeichen und Anschriften)?			
<b>7. Liquidation und Unterschrift</b>				
Ort, Datum		Stempel/Unterschrift des Arztes		

**Hinweise nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG):**

**Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe. Die Versicherungsbedingungen beschreiben Verhaltensregeln (Obliegenheiten), die Sie nach einem Unfall beachten müssen. Steht das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zu, hat auch dieser die Pflichten zu erfüllen.

Im Folgenden weisen wir Sie auf Obliegenheiten und mögliche Folgen einer Obliegenheitsverletzung hin. Hierzu verpflichtet uns **§ 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**.

**Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**

Es gibt Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten. Dies bedeutet: Sie müssen wahrheitsgemäß, vollständig und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur sachgerechten Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist. Für Belege gilt dies insofern, als Ihnen deren Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann.

**Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

Eine Obliegenheitsverletzung kann zur vollständigen oder teilweisen Leistungsfreiheit führen.

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung.

Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - gegebenenfalls bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Dies gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Ihr Continentale Versicherungsverbund

## Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung

Ihr Versicherungsschein gibt Auskunft über die versicherten Leistungsarten und Versicherungssummen. Sie können ihm entnehmen, welche Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und Besonderen Bedingungen (BB) vereinbart sind.

Die Bedingungen regeln Leistungsvoraussetzungen und Fristen. Wenn Sie mit uns abweichend zu den Bedingungen individuell längere oder kürzere Fristen vertraglich vereinbart haben, ist dies im Versicherungsschein dokumentiert.

Ihr Versicherungsschutz beinhaltet eine Invaliditätssumme und/oder eine Unfallrente. Auf die Leistungsvoraussetzungen und Fristen, die für diese Leistungsarten fest gelten, weisen wir besonders hin.

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die Arbeitsfähigkeit bzw. die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt und die Invalidität innerhalb bestimmter Fristen eingetreten ist und

- durch einen Arzt schriftlich festgestellt wurde und
- von Ihnen bei uns geltend gemacht wurde.

**Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.**

**Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.**

Es folgt eine Übersicht von Versicherungsbedingungen und den darin genannten Leistungsvoraussetzungen und Fristen:

### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB)

Eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2000 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB H 2003 der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (ZEUS - AUB 2000 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2004 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (ZEUS - AUB 2008 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2016 der Continentale)

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

#### Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XXL der Continentale)

Eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten muss innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.