

3.5 Stand die verletzte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinwirkung? Wenn ja, wie

lautete das Ergebnis der Blutprobe? o/oo

3.6 Unfallursache und Unfallhergang

(Diese Frage bitte so ausführlich beantworten, daß sich ein deutliches Bild des Unfalles ergibt. Nötigenfalls ein gesondertes Blatt beilegen.)

4. Wer war Zeuge des Unfalles (bitte Name und Anschrift angeben)

5.1 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen nein ja
Wenn ja, welche Dienststelle

5.2 Ist ein Strafverfahren anhängig nein ja

Wenn ja, bei welcher Staatsanwaltschaft und unter welchem Aktenzeichen

6.1 Verletzte/r Körperteil/e

6.2 Art der Verletzung/en

7 An welchem Tage begab sich die verletzte Person in ärztliche Behandlung ambulant:
stationär:

8 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses

9 Welche Ärzte oder Krankenhäuser (Namen und Anschriften) wurden wegen der Unfallfolgen außerdem noch in Anspruch genommen

10 Welche Zeit wird das Heilverfahren nach Ansicht des Arztes voraussichtlich beanspruchen

11 In welchem Umfang konnte die verletzte Person nach dem Unfall ihren Beruf bzw. ihre Beschäftigung ausüben

12 Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder einem Gebrechen? nein ja

12.1 Wenn ja, woran

12.2 Welche Ärzte haben die verletzte Person deshalb behandelt

13.1 Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten nein ja
Wenn ja, wann und welcher Art

14.1 Bestand bereits vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung nein ja

14.2 Wodurch und in welchem Grade (%)
(Hierunter fallen auch etwaige Kriegsdienstbeschädigungen)

15.1 Bestehen für die verletzte Person noch anderweitig Unfallversicherungen
bzw. wurden solche beantragt nein ja
(z.B. Lebensversicherung mit Unfallzusatz u.a.)

15.2 Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft
(Nummer des Versicherungsscheins, wenn bekannt, auch Schaden-Nr.)

15.3 Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft

16 Durch welche Krankenkasse besteht Versicherungsschutz

17 An wen ist eine Versicherungsleistung auszuzahlen
(Konto und BLZ bitte angeben, andernfalls ist mit einer Verzögerung der
Auszahlung zu rechnen. Zahlungen bis 10000,- Euro erfolgen durch Verrechnungsscheck)

KontoNr.

BLZ

bei

Vorstehende Fragen wurden nach bestem Wissen beantwortet. Es ist mir bekannt, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes auch dann nach sich ziehen können, wenn die Unwahrheit oder Unvollständigkeit keine für den Bayer. Versicherungsverband nachteiligen Folgen gehabt hat.

Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner 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 sie 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 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.

Wir weisen ausdrücklich daraufhin, daß nach §18AUB/BW bzw. 513AUB 88/BVV alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen schriftlich an die Hauptverwaltung abzugeben sind. Die Vermittler sind zur Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

Ort, Datum
Unterschrift des Versicherten

Ort, Datum
Unterschrift des Kunden

**Antrag zurücksenden an: BKV e.V., Eugen-Roth-Str. 3, 95703 Plößberg
oder per Fax: 09636/91259**