



Schadenanzeige zur Unfallversicherung bei der AXA Versicherung AG

Versicherungsnehmer
Herr/Frau/Firma

Bitte senden Sie diese Schadenanzeige an:

AXA Versicherung
 Aktiengesellschaft
 Abt. Unfallschaden
 Colonia-Allee 10-20
 51067 Köln

Bitte stets angeben

Versicherungsschein-Nr.	Bei Gruppen-Unfallversicherung zusätzlich:	Gruppe	Lfd. Nr.
Wird die AXA im Zusammenhang mit diesem Schaden noch anderweitig in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughaftpflicht <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeugkasko <input type="checkbox"/> sonstiger Vertrag	Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.		

Verletzte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer	Telefon-Nr.
	PLZ, Ort	ausgeübter Beruf

Unfallhergang	Wann und wo ereignete sich der Unfall?	Datum	Uhrzeit	Unfallort/-stelle (Straße, Platz, Nr.)
	Bei welcher Gelegenheit?	<input type="checkbox"/> bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten <input type="checkbox"/> im Haushalt <input type="checkbox"/> bei sonstiger Gelegenheit <input type="checkbox"/> auf dem Weg dorthin oder von dort <input type="checkbox"/> beim Einkaufen		

Wie hat sich der Unfall ereignet?
Bitte ausführlich schildern

Worin bestehen die Verletzungen?

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anschrift der Polizeidienststelle	Aktenzeichen
Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis ‰	

Bei Kraftfahrzeug- Unfällen	Was für ein Fahrzeug wurde benutzt? Art (z.B. PKW, Krad)	Amtliches Kennzeichen	
	Wer lenkte das Fahrzeug? Name, Vorname	Führerscheinklasse	Ausstellungsdatum
Bitte zusätzlich bei Ansprüchen aus einer Insassen-Unfallversicherung beantworten: Ist der Fahrzeuglenker beim Versicherungsnehmer als Kraftfahrer oder Beifahrer angestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wieviele Personen nahmen an der Fahrt teil? Anzahl		Wieviele waren davon unter 14 Jahren?	Anzahl
Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt angelegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Ärztliche Behandlung	Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Datum	Uhrzeit	Name und Anschrift des Arztes		
	War eine stationäre Behandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	vom	bis	
	Name und Anschrift des Krankenhauses				
	Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert? Namen und Anschriften				
	Findet z.Zt. noch ärztliche Behandlung statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Voraussichtliche Behandlungsdauer				
Wer ist jetzt der behandelnde Arzt? Name und Anschrift					
Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Vorerkrankungen und frühere Unfälle	War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Art der Krankheiten oder Leiden	
Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wann?	Höhe der Entschädigung	Von welcher Gesellschaft?
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Höhe der Rente	Von welchem Versicherungsträger?	

Weitere Versicherungen	Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.-Summen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen) Name und Anschrift	

Zahlungswunsch	<input type="checkbox"/> Scheck <input type="checkbox"/> Überweisung
	Zahlungsempfänger
	Anschrift der Bank, Sparkasse oder des Postgiroamtes
	Konto-Nr.

SCHWEIGEPFLICHTS-ENTBINDUNGSERKLÄRUNG (Bitte eine von beiden Möglichkeiten auswählen)

- Mir ist bekannt, dass die AXA Versicherung AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie aus von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck und zur Beschleunigung der Leistungsprüfung befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflicht gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherung einschließlich der dort gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Die Mitarbeiter der AXA Versicherung AG selbst entbinde ich von der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an sie beratende medizinischen Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.
- Eine entsprechende Schweigepflicht-Entbindungserklärung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Verletzten
-----------	---------------------------------------	-----------------------------