



ace europe

ACE European Group
Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt/Main

Tel: +49 (0)69 75613-0
Fax: +49 (0)69 75613250
E-Mail: info.de@ace-ina.com
Internet: www.aceeurope.de

UNFALL-ANZEIGE

Bitte senden Sie diese Unfallmeldung innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt an ACE European Group Limited zurück.

Vorgangs-Nr.	Versicherungsschein-Nr.
Versicherungsnehmer (VN)	Versicherte Person (VP)
Name	Name
Geboren am	Geboren am
Straße	Straße
PLZ / Ort	PLZ / Ort
Telefon	Telefon
Fax	Beruf
E-Mail	versichert seit
Beruf	
versichert seit	

Versicherungssummen (VS) der versicherten Person			
für dauernde Invalidität	€	Genesungsgeld	€
für den Todesfall	€	Tagegeld	€
Krankenhaustagegeld	€		

1a Angaben zum Unfallhergang

Unfallort: _____ Unfalldatum / Uhrzeit: _____

Der Unfall fand statt: während der Berufsausübung auf dem Weg von/zur Arbeitsstelle

auf einer Dienstreise in der Freizeit

1b Schilderung des Unfalls (bitte genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs und der Ursache) ggf. Zusatzblatt verwenden

2a Gibt es Zeugen?

Nein Ja (Bitte Name und Anschrift)

2b Wo befand sich der Zeuge?

3 Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Nein Ja, von Polizeidienststelle:

Tagebuch-Nr.:

4a War die versicherte Person Lenker oder Insasse eines Fahrzeugs (z.B. PKW, Motorrad, Luftfahrzeug, Luftsportgerät, Boot)?

Nein Ja, Insasse Ja, Lenker

Art des Fahrzeugs:

Kennzeichen:

4b War der Fahrzeuglenker fahrberechtigt?

Nein Ja Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers:

4c War der Lenker im Besitz der erforderlichen Erlaubnis?

Nein Ja (Falls die versicherte Person der Lenker war - bitte Kopie des Führerscheins beilegen)

Nur bei bestehender „Insassen-Unfallversicherung“ auszufüllen:

Zahl der Sitzplätze des Fahrzeugs inkl. Lenker:

Zahl der Insassen zum Zeitpunkt des Unfalls inkl.

5 Hat die versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol / Drogen / Medikamente zu sich genommen?

Nein Ja (was, wie viel und in welchem Zeitraum?)

Wurde eine Blutprobe entnommen?

Nein Ja, Ergebnis:

6 Welche Folgen hat der Unfall gehabt? (Art + Umfang der Verletzungen)

7 Beginn der ärztlichen Behandlung am:

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes:

Name und Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes:

Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung bis:

Zu welchem Grad bestand / besteht voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit?

von bis zu %

von bis zu %

Bitte Arztbescheinigungen mit Diagnose einreichen.

Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten?

Nein Ja

8 Befand sich die versicherte Person in vollstationärer Behandlung? *Bitte Bescheinigungen des Aufenthaltes einreichen*

Nein Ja, von bis:

vollständige Anschrift des Krankenhauses:

9 Bei tödlichem Ausgang:

Wann und wo ist der Tod eingetreten?

Welcher Arzt hat den Tod fest gestellt?

Todesursache?

10 A Hatte oder hat die versicherte Person Krankheiten oder Gebrechen oder sonstige Beeinträchtigungen? (z.B. Epilepsie, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel-, oder Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden etc.) ?

Nein Ja (welche?)

Welche Ärzte behandelten die erwähnte Erkrankung?

Name und Anschrift:

Name und Anschrift:

10 B Nimmt die versicherte Person regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja (welche Medikamente werden genommen? Grund und Dosierung?)

11 Bezieht die versicherte Person eine Rente?

Nein Ja, seit:

Name und Anschrift des Rententrägers:

12 Hat die versicherte Person in den letzten 10 Jahren Unfälle gehabt, die zu mehr als 3 Tagen Arbeitsunfähigkeit oder zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?

Nein Ja (wann?)

Art der Verletzung:

Hat die versicherte Person Invaliditätsleistungen erhalten?

Nein Ja (von welcher Gesellschaft?)

Wann?

Aktenzeichen:

Anschrift:

13 Bestehen für die versicherte Person weitere Unfall-, Insassen-Unfall-, Lebensversicherungen mit Unfallzusatz oder Gruppen-Unfallversicherungen (z. B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine etc.)? *ggf. Zusatzblatt verwenden*

Nein Ja

Gesellschaft 1

Strasse:

Vertragsnummer:

PLZ/Ort:

Versicherungssumme für Invalidität:

Versicherungssumme für den Todesfall:

Gesellschaft 2

Strasse:

Vertragsnummer:

PLZ/Ort:

Versicherungssumme für Invalidität:

Versicherungssumme für den Todesfall:

14 Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?

Nein Ja (Welcher?)

Aktenzeichen:

Anschrift:

15 Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?

Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

16 Zahlung des letzten fälligen Beitrages an die ACE-Versicherung

€

Datum:

17 Die Leistungen der ACE-Versicherung sollen überwiesen werden an:

BLZ:

Bankinstitut:

Konto-Nummer:

Kontoinhaber:

Erklärungen und Hinweise - bitte unbedingt aufmerksam lesen und ggf. ergänzen**Schweigepflicht - Entbindungserklärung**

Mir ist bekannt, dass ACE 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 der 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 -, ferner für die Mitarbeiter von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich _____ (Name, Vorname) für die von mir gesetzlich vertretene versicherte Person ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann (z.B. für Minderjährige).

Wichtiger Hinweis

Vorsätzlich oder grob fahrlässige unwahre bzw. lückenhafte Angaben können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Unfallanzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person (oder Angehöriger/ Vertreter)

Unterschrift Versicherungsnehmer