



Besucher/Tiefgarage: Feinstraße 1 – Ecke Tübinger Straße, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70164 Stuttgart, Tel. (0711) 1695-15 20, Fax (0711) 1695-6241
Hauptverwaltung: Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart
Internetadresse: www.wgv.de
E-Mail Adresse: hus-schaden@wgv.de

1. Versicherungsnehmer:

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Form fields for name and address of the policyholder.

Schadennummer

Form field for damage number.

Versicherungsscheinnummer

Form field for insurance policy number.

Telefon geschäftlich

Form field for business telephone number.

Telefon privat

Form field for private telephone number.

Telefax

Form field for telex number.

E-Mail

Form field for email address.

2. Zahlungsempfänger:

KTO / IBAN

Form field for account/IBAN.

Bankinstitut

Form field for bank name.

BLZ / BIC

Form field for BLZ/BIC.

Kontoinhaber

Form field for account holder name.

Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen (Vorsteuerabzugsberechtigung)? [] ja [] nein

Unfall-Schadenmeldung

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, selbst wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!

3. Angaben zum Verletzten:

Vor- und Zuname des Verletzten

Form field for name of the injured person.

Geburtsdatum

Form field for date of birth.

Ausgeübter Beruf

Form field for profession.

Anschrift

Form field for address.

4. Angaben zum Unfall

Wann hat sich der Unfall ereignet?

Datum

Form field for date of accident.

Uhrzeit

Form field for time of accident.

Wo hat sich der Unfall zugetragen?

Form field for location of accident.

Welche Verletzungen sind bei dem Unfall eingetreten?

Form field for description of injuries.

5. Schilderung des Unfalles:

(Bitte Ursache und Hergang ausführlich schildern)

Form field for detailed description of the accident.

5. Fortsetzung zur Schilderung des Unfalles:

(Bitte Ursache und Hergang ausführlich schildern)

6. Unfallzeugen:

Name, Anschrift

Polizeiliche Aufnahme:

nein ja, durch

Anschrift/Tagebuch-Nummer

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

nein

ja,

Glas

gegen

Uhr

Wurde eine Blutprobe entnommen?

nein

ja, ggf. Ergebnis

‰

7. Angaben über die ärztliche Behandlung:

Wann und von welchem Arzt wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

--

Bei welchen Ärzten erfolgte die Weiterbehandlung (Namen/Anschriften)?

Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden?

nein

ja, vom

bis

Anschrift des Krankenhauses:

Sofern ein Krankenhaustagegeld zusätzlich mitversichert ist, bitte ärztl. Bescheinigung über die Dauer der stationären Behandlung mit Diagnose beifügen.

8. Angaben über Dauerschaden

Ist mit einem unfallbedingten Dauerschaden zu rechnen?

nein

ja

noch nicht bekannt

9. Frühere Unfälle

Hat der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? nein ja, wann

Welche Verletzungen lagen vor?

Invaliditätsgrad (bitte in Prozent angeben!) %

Bestanden bei dem Verletzten in der Vergangenheit Krankheiten oder Gebrechen? nein ja, welche

10. Bestehen weitere private Unfallversicherungen?

nein ja

Wenn ja, bei welchen Gesellschaften

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft mit Versicherungsschein- oder Schadennummer

Hat der Verletzte bereits früher aus einer Unfallversicherung eine Leistung erhalten? nein ja, wann
von wem

11. Welche Krankenkasse?

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Name und Anschrift

Die obigen Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt erkläre ich mich verantwortlich und verbürge mich für die Richtigkeit der Angaben auch insofern, als sie nicht von mir niedergeschrieben sind.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person
(sofern diese mindestens 16 Jahre alt ist)

Wenn die versicherte Person gesetzlich vertreten wird (z. B. Minderjährige)

Ort, Datum

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter
(bei Minderjährigen, auch wenn diese mindestens 16 Jahre alt sind und beschränkt Geschäftsfähigen)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/
der Versicherungsnehmerin

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genauen Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, www.informairfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten können, kann die WGV-Versicherung AG an das HIS melden. Die WGV-Versicherung AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die WGV-Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die WGV-Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden und / oder abfragen.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person
(sofern diese mindestens 16 Jahre alt ist)

Wenn die versicherte Person gesetzlich vertreten wird (z. B. Minderjährige)

Ort, Datum

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter
(bei Minderjährigen, auch wenn diese mindestens
16 Jahre alt sind und beschränkt Geschäftsfähigen)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/
der Versicherungsnehmerin