

**Zurück an:**

Union Betriebs-GmbH  
Frau Barbara von Meer  
Klingelhöferstraße 8  
10785 Berlin

**Absender:**

LV/KV/OV

Name Ansprechpartner (wann erreichbar?)

Straße

Ort

E-Mail

Tel./Fax

**Geschädigter/Anspruchsteller:**

Name, Vorname (ggf. wann erreichbar?)

Straße

Ort

E-Mail

Tel./Fax

**Schilderung des Unfallhergangs:**

(ausführliche Darstellung des Vorfalls, WER hat sich WIE, bei WELCHER Partearbeit verletzt? Wie waren die Wetterverhältnisse? Gab es weitere Beteiligte?)

VS.-Nr. PU 10/0501/3207638/110

CDU interne SA.-Nr.:

**Ihre Ansprechpartner:**

Union Betriebs-GmbH  
**Barbara von Meer**  
Klingelhöferstraße 8, 10785 Berlin  
Tel. 030 / 220 70-570  
Fax 030 / 220 70-219  
bvm@ubgnet.de

Schadensdatum

Uhrzeit

Ort (genau)

Gab es Zeugen des Unfalls?

Ja  Nein

Name und Anschrift des/der Zeugen



### Handelt es sich um einen Unfall mit Kfz?

ja, Kennzeichen des Kfz:   nein

War die verletzte Person Lenker oder Mitfahrer?

Lenker  Mitfahrer

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?

ja, Aktenzeichen:   nein

Welche Polizeidienststelle hat den Schaden aufgenommen?

Anschrift:

### Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss?

ja  nein

Wurde eine Blutprobe entnommen?

ja, Ergebnis:  ‰  nein

von wem?

### Art der Verletzung?

Welcher Körperteil wurde verletzt? (Ärztliche Diagnose)

Beginn der Behandlung:

Besteht Arbeitsunfähigkeit?

ja, seit:   nein

von  bis

Welche Folgen sind bereits eingetreten?

Welche Folgen sind noch zu befürchten?

### Welche(r) Arzt/Ärzte wurde(n) hinzugezogen?

genaue Anschrift(en):

### Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung?

ja, wo:   nein

### War der/die Verletzte vollständig gesund oder woran litt er/sie?

ja  
 nein (Vorerkrankungen und behandelnden Arzt angeben/ ggf. Zusatzblatt beifügen)

### Wurde der/die Verletzte bereits früher von Unfällen betroffen?

ja  nein

wem wurde der Unfall gemeldet?

### Welche Ärzte sind in den letzten zwei Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen worden?

genaue Anschrift(en):



## Bestehen oder bestanden noch bei anderen Gesellschaften Unfallversicherungen/Unfallzusatzversicherungen?

ja, bei:   nein

VS-Nr.:

Besteht Arbeitsunfähigkeit?

ja, bei:   nein

Aktenzeichen:

## Überweisung der Versicherungsleistung soll erfolgen auf:

IBAN:

BIC:

Institut:

Kto-Inhaber:

## Hinweise:

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, Gutachten) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von den Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, Pflegepersonen, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, 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. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Mir ist auch bekannt, dass der Versicherer nach Eingang der Schadenanzeige sofort die Daten erhebt und ich dem widersprechen kann. Darüber hinaus habe ich zur Kenntnis genommen, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung dieser Daten nur erfolgt, wenn ich in die einzelne Erhebung einwilligt habe.

Datum

Unterschrift/Stempel