

Unfallanzeige

Was Sie jetzt tun müssen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

TARGO Versicherung AG
Kundenservice Leistung
Postfach 10 10 59
40710 Hilden

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

ein Unfall ist immer eine schlimme Sache. Jetzt heißt es alles zu tun, um die finanziellen Folgen des Unfalls zu mindern – schnell und unbürokratisch. Mit der TARGO Versicherung haben Sie sich für einen Partner entschieden, dessen Zielsetzung eine zügige und problemlose Bearbeitung ist. Damit wir dieses Versprechen einhalten können, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Bitte füllen Sie die Unfallanzeige vollständig aus, trennen Sie die Arztanfrage ab und legen diese Ihrem behandelnden Arzt vor. **Unterschreiben Sie bitte vorab die Schweigepflichtentbindung.** Bitte reichen Sie uns die Arztanfrage anschließend zusammen mit Ihrer Unfallanzeige ein.

Für Rückfragen sind wir für Sie da! Rufen Sie uns unter der Telefonnummer (02103) 34-8321 an.

Mit freundlichen Grüßen
TARGO Versicherung AG



Unfallanzeige

1. Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Tel.-Nr.

2. Wann und wo ereignete sich der Unfall?

am (Tag, Monat, Jahr)	um (24-Std.-Zeit)	Uhr
Adresse (Wohnung, Arbeitsplatz)		

3. Schilderung des Unfallereignisses

(Bitte Hergang ausführlich schildern, Hinweis auf Polizeibericht etc. reicht nicht. Bei nicht ausreichendem Platz, Fortsetzung auf einem gesonderten Blatt beifügen.)

Wie ereignete sich der Unfall? Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit?

4. Wann wurde erste ärztliche Hilfe geleistet und durch wen?

am (Tag, Monat, Jahr)	um (24-Std.-Zeit)	Name, Anschrift Arzt
-----------------------	-------------------	----------------------

5. Erfolgte eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus? ja nein

Wenn ja, von _____ bis _____
Name, Anschrift Krankenhaus

6. Welcher Arzt behandelt Sie zurzeit?

Name, genaue Anschrift

7. Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? ja nein

Wenn ja, was und wie viel?	Ist Ihnen eine Blutprobe entnommen worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, Ergebnis der Blutuntersuchung _____ % Alkoholgehalt

8. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? ja nein

Wenn ja, genaue Anschrift der Polizeidienststelle und Aktenzeichen angeben

9. Hat die Staatsanwaltschaft ermittelt? ja nein

Wenn ja, Name, genaue Anschrift der Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen angeben

10. Bestehen für Sie weitere Unfallversicherungen oder sind weitere beantragt? ja nein

Wenn ja, Name, Anschrift, Telefonnummer des Versicherers und Vertragsnummer angeben

11. Waren Sie bei Eintritt des Unfalls vollständig gesund? ja nein

Wenn nein, welche Krankheiten, Gebrechen, Unfallfolgen, degenerativen Veränderungen bestanden?

12. Sind Sie pflegebedürftig? ja nein

Wenn ja, in welchen Pflegegrad sind Sie eingestuft? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Seit wann genau besteht der Pflegegrad?
Bitte fügen Sie eine Kopie des Einstufungsbescheides bei.	

13. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? ja nein

Wenn ja, enthält Ihr Ausweis eines der folgenden Merkzeichen: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	Seit wann ist dieses Merkzeichen gültig?
Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Schwerbehindertenausweises bei.	

14. Kontoverbindung Versicherungsleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber	IBAN
Bankinstitut	BIC

15. Steueridentifikationsnummer

Steueridentifikationsnummer des Verletzten

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen
Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns **wahrheitsgemäß und fristgerecht** jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie **alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen**. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns **fristgerecht** Belege **vorlegen**, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit
Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können **wir** unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – **ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust** – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder **Vorlage** von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder **Vorlage** von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:
Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und **Vorlage** von Belegen verpflichtet.

Weitergabe von persönlichen Daten

Die verletzte Person ist damit einverstanden, dass personenbezogene Daten an den Versicherungsnehmer weitergegeben werden.

Unterschrift des Verletzten

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten Wichtig! Bitte denken Sie auch an die Unterschrift auf der Arztanfrage (Schweigepflichtentbindung).
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	----------------------------------------------

Wenn Sie die Unfallanzeige nicht selbst ausgefüllt haben, überprüfen Sie bitte bevor Sie unterschreiben, ob alle Angaben richtig sind.

Arztanfrage

TARGO Versicherung AG | Kundenservice Leistung | Proactiv-Platz 1 | 40721 Hilden | Telefon (0 21 03) 34-7100

Information für den Arzt

Ihr Patient beansprucht Leistungen aus der bei uns bestehenden Unfallversicherung. Für unsere Entscheidung benötigen wir von Ihnen ärztliche Auskünfte. Wir bitten Sie, uns diese zu erteilen, soweit es Ihnen möglich ist. Sie können für die Beantwortung unserer Fragen auch CUBUS nutzen. Bitte beantworten Sie UE, EB, DI, KM, KT und PR. Unsere VU-Nummer lautet 5790000. Nähere Informationen zu CUBUS finden Sie auch im Internet unter www.targoversicherung.de „Service für Ärzte“.

Schweigepflichtentbindung

Für die Beurteilung der Leistungspflicht werden ärztliche Angaben benötigt. Zur Beantwortung dieser „Arztanfrage“ entbinde ich daher meinen Arzt von der Schweigepflicht gegenüber der TARGO Versicherung AG.

Datum, Unterschrift **des Verletzten**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

1. Unfallort und -zeit

Wann ereignete sich der Unfall?

am (Tag, Monat, Jahr)

um (24-Std.-Zeit)

Uhr

Wo ereignete sich der Unfall?

(Wohnung, Arbeitsplatz)

Was ist Ihnen über den Unfallhergang bekannt?

2. Befund

Welcher Befund lag bei der ersten Untersuchung vor?

Bitte teilen Sie uns die genauen Diagnosen mit!

Wann wurde erste ärztliche Hilfe geleistet?

am (Tag, Monat, Jahr)

um (24-Std.-Zeit)

Uhr

3. Behandlung

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

War eine stationäre Heilbehandlung erforderlich? ja nein

Wenn ja, von

bis

Wenn bekannt, bitte Name und Anschrift des Krankenhauses angeben:

Name, genaue Anschrift

Welcher Arzt übernahm die weitere Behandlung?

Name, genaue Anschrift

4. Alkohol und Drogen/Blutprobe

Stand der Patient zum Unfallzeitpunkt unter dem Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder Rauschmitteln? ja nein

Wenn ja, welche diesbezüglichen Beobachtungen haben Sie gemacht?

Ist eine Blutprobe entnommen worden? ja nein

Wenn ja, Ergebnis der Blutuntersuchung

% Alkoholgehalt

5. Gesundheitliche Vorgeschichte

Bestanden, unabhängig von den Unfallverletzungen, Krankheiten oder Gebrechen?

ja nein

Wurden die durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschäden durch Vorerkrankungen verschlimmert?

ja nein

Wurde der Heilungsverlauf durch Vorerkrankungen beeinflusst?

ja nein

Die nach dem Unfallereignis festgestellten Gesundheitsschäden sind eher

- durch das Unfallereignis oder
- durch bestehende Vorerkrankungen bedingt?

Wenn ja, welche und seit wann?

Wenn ja, durch welche Vorerkrankungen?

Auf welche Art und Weise?

Wenn ja, durch welche Vorerkrankungen?

Auf welche Art und Weise?

Bei Vorerkrankungen, durch welche?

6. Prognose

Ist die Behandlung abgeschlossen?

ja nein

Wird voraussichtlich ein Dauerschaden verbleiben?

ja nein

Wenn ja, voraussichtlich

von mindestens 50 %

unter 50 %

(bezogen auf die Gesamtinvalidität des ganzen Körpers)

Wenn ja, am

Wenn nein, voraussichtlich am

7. Gebühr 18 EUR

Kontoinhaber

IBAN

Bank

BIC

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes