

# Unfallanzeige

## Was Sie jetzt tun müssen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

PB Versicherung AG  
Postfach 10 10 54  
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 PB Versicherung AG 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) 34-6321 an.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre PB Versicherung AG



## Unfallanzeige

### 1. Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum	<b>Versicherungsnummer</b>
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
-----------------------	-------------------	----------------------



# Arztanfrage

PB Versicherung AG | Postfach 10 10 54 | 40710 Hilden | Telefon (0 21 03) 34-5100

## 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 Ihnen dies anhand Ihrer Aufzeichnungen und Beobachtungen möglich ist.

### Schweigepflichtentbindung

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

Bankinstitut

IBAN

BIC

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes