

**Syncro24<sup>®</sup> – assekuradeur – GmbH**  
 Hauptverwaltung

▼ **Bitte unbedingt ausfüllen** ▼

Syncro24<sup>®</sup> · Zinngießerstr. 7 · 31789 Hameln  
 Herr / Frau / Firma (Versicherungsnehmer)

Hausanschrift:  
 Zinngießerstr. 7  
 31789 Hameln  
 Telefon: +49 (0)5151 - 96109-0  
 Telefax: +49 (0)5151 - 96109-79 / -77  
 www.syncro24.de · E-Mail: schaden@syncro24.de

**Unsere Schadennummer:**  
 Bitte unbedingt ausfüllen, falls bekannt!

Vermittlernummer:

Telefon-Nr. des Versicherungsnehmers:  
 privat:  
 geschäftlich:

Sehr geehrter Kunde,  
 wir bitten Sie, diese Unfall-Schadenanzeige vollständig in Blockschrift auszufüllen und sie unterschrieben zurückzusenden. Geben Sie bitte unbedingt die Nummer Ihres Versicherungsscheines an, damit wir die Bearbeitung unverzüglich aufnehmen können.

## Unfall-Schadenanzeige zum Versicherungs-Schein Nr.

### Angaben zum Unfall

<b>1. Handelt es sich um einen Verkehrsunfall?</b>	ja	nein		
1.1 Wenn ja, in welcher Eigenschaft?	KFZ	Motorrad	Fahrrad	Fußgänger

<b>2. Wann und wo ereignete sich der Unfall?</b>	Am	um	Uhr	
Postleitzahl	Ort	Straße		Haus-Nr.

**3. Bitte schildern Sie den Hergang des Unfalls** (falls notwendig Zusatzblatt verwenden)

3.1 Welche Zeugen haben den Unfall gesehen? (Name, Anschrift und Telefonnummer)

3.2 Wurde der Schaden der Polizei gemeldet?  nein  ja, am  Tagebuch-Nr.

3.3 Welche Polizeidienststelle bearbeitet den Vorgang? (Anschrift)

**4. Versicherte Person:**

Geburtsdatum:

- 4.1 Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Std. vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? ja nein  
 Wenn ja, bitte Art und Menge angeben ggf. bis wann?
- 4.2 Wurde der versicherten Person eine Blutprobe abgenommen? ja nein  
 Wenn ja, mit dem Ergebnis:

**5. Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurückzuführen?**

ja nein

Wenn ja, auf welche Art von Bewusstseinsstörung?

**6. War die versicherte Person als Lenker eines Fahrzeuges im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?**

ja nein

Wenn ja, Führerschein welcher Klasse?

**7. Welche Verletzungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen sind durch den Unfall entstanden?**
**8. Welcher Arzt leistete erste Hilfe?** (bitte vollständigen Namen, Anschrift u. Telefonnummer angeben)

- 8.1 Wann fand die erste Behandlung statt? Am um Uhr  
 8.2 Ist die verletzte Person wieder arbeitsfähig? nein ja, seit  
 8.3 Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter? (ggf. auch Anschrift und Telefonnummer des Krankenhauses mit Fachabteilung angeben)
- 8.4 Wie lange hat die stationäre Behandlung im Krankenhaus gedauert? (Bescheinigung bitte beifügen) vom bis  
 8.5 Wie lange wird die ambulante Behandlung noch dauern? von bis (voraussichtlich)  
 8.6 Wer ist der Hausarzt? (Name, Anschrift und Telefonnummer)
- 8.7 Leidet oder litt die versicherte Person an einer ernsten Erkrankung oder Gebrechen? nein ja, und zwar  
 8.8 Welche Ärzte behandelten diese Erkrankungen?

**9. Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente?**

nein ja

 Wenn ja, bitte den Erwerbsminderungsgrad angeben:  
 Von welcher Stelle? (Name, Anschrift und Aktenzeichen)

**10. Bestehen noch weitere Unfallversicherungen?**

nein ja, eigene ja, fremde (z.B. über den Arbeitgeber)

- 10.1 Wenn ja, bei welchem Versicherer?  
 10.2 Wie lautet die Versicherungsschein-Nr.?  
 10.3 Wurden bei diesem Versicherer Ansprüche gestellt? nein ja, in Höhe von

**11. Haben Sie bereits in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten?**

nein ja, und zwar Anzahl

Hinweis: Auch nicht versicherte Schäden sind anzugeben.

Schadenhöhe insg.

- 11.1 Welche Versicherer haben die Schäden reguliert, und wie hoch waren die geleisteten Entschädigungen?  
 Versicherer Geleistete Entschädigungen Versicherer Geleistete Entschädigungen

**12. Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft) gemeldet?**

nein ja

Wenn ja, bei wem und wann?

**13. Bankverbindung**

 Konto-Nr. Kontoinhaber  
 Bankleitzahl Geldinstitut (Name, Sitz)

**14. Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.**

Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freien Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 20 € verlangen.

**Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene/n ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.**

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum

**15. Wichtige Hinweise**

Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn ein anderer sie niederschreibt! **Die dieser Schadenanzeige gesondert beigefügte Belehrung über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich zur Kenntnis genommen.** Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben! Darüberhinaus habe ich das **Merkblatt zur Datenverarbeitung** mit der Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige ein, dass die von mir angegebenen Daten zum Zweck der Schadenabwicklung elektronisch erhoben, gespeichert, übertragen und verarbeitet werden dürfen. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung und Beantwortung meiner Anfrage benutzt. Die Weiterleitung meiner Daten erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen und der mit den Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

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

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung 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, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.