



Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln

**Versicherungsnummer:**  
KV

**Absender:**

Seite 1/4

**Allgemeine Unfallfragen**

1. Name des Verletzten:		geboren:	
Berufliche Tätigkeit:			
2. Unfalltag:	Uhrzeit:	Unfallort (Ort mit PLZ und Straßename):	
3. Wo genau ist der Unfall passiert (zum Beispiel: Bürgersteig, Fahrbahn, Gebäudeteil, Parkplatz)?			
4. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?			Tagebuchnummer:
5. Welche Staatsanwaltschaft ist mit den Ermittlungen befasst?			Aktenzeichen:
6. Welche Rechtsanwälte sind beauftragt (Name, Anschrift, Telefonnummer)?			Aktenzeichen:
7. Welche Verletzungen haben Sie bei dem Unfall erlitten?			
8. Wer hat die Verletzungen behandelt?			
a. Name und Anschrift des Arztes?		von	bis
b. Krankenhaus (ambulant):		von	bis
c. Krankenhaus (stationär):		von	bis
Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?		Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden alle Kostenbelege eingereicht?		Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte Folgeseite beachten**

**Versicherungsnummer:**

KV

Seite 2/4

9. Der Unfall ereignete sich																			
a. beim Berufstätigen/Beamten <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td>- im Betrieb/in der Dienststelle oder bei einer geschäftl./dienstl. Verrichtung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- auf dem Wege zur oder von der Arbeitsstätte/Dienststelle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ja	Nein	- im Betrieb/in der Dienststelle oder bei einer geschäftl./dienstl. Verrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- auf dem Wege zur oder von der Arbeitsstätte/Dienststelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. beim Kind/Schüler/Studenten <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td>- während des Besuches des Kindergartens/Ausbildungsstätte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- auf dem Wege vom bzw. zum Kindergarten/zur Ausbildungsstätte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ja	Nein	- während des Besuches des Kindergartens/Ausbildungsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- auf dem Wege vom bzw. zum Kindergarten/zur Ausbildungsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein																	
- im Betrieb/in der Dienststelle oder bei einer geschäftl./dienstl. Verrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
- auf dem Wege zur oder von der Arbeitsstätte/Dienststelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	Ja	Nein																	
- während des Besuches des Kindergartens/Ausbildungsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
- auf dem Wege vom bzw. zum Kindergarten/zur Ausbildungsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
c. Nur für Selbständige:		Ja	Nein																
Sind Sie Mitglied einer Berufsgenossenschaft?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
d. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung:																			
- Berufsgenossenschaft/Gemeindeunfallversicherungsverband/Eigenunfallversicherung einer Stadt																			
- bei Beamten Name und Anschrift des Dienstherrn																			
Name:		Anschrift:																	
e. Wurde der Unfall der gesetzlichen Unfallversicherung/dem Dienstherrn gemeldet?																			
<input type="checkbox"/> Ja, Aktenzeichen:																			

**Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen**

<b>1. Angaben zum Verletzten</b>	
War der Verletzte	
<input type="checkbox"/> Fußgänger	<input type="checkbox"/> Radfahrer
<input type="checkbox"/> Fahrer des Fahrzeugs	<input type="checkbox"/> Insasse/Beifahrer im Fahrzeug, amtliches Kennzeichen
Name und Anschrift des Fahrers:	
Name und Anschrift des Halters:	
Haftpflichtversicherung:	Versicherungsnummer:
<b>2. Angaben zum Unfallgegner:</b>	
amtliches Kennzeichen Unfallgegner:	
Name und Anschrift des Fahrers:	
Name und Anschrift des Halters:	
Haftpflichtversicherung:	Versicherungsnummer:
3. Sind bei der gegnerischen Haftpflichtversicherung bereits Schadenersatzansprüche gemeldet?	
<input type="checkbox"/> Ja, Schadennummer	<input type="checkbox"/> Nein

**Bitte Folgeseite beachten**

**Versicherungsnummer:**

KV

Seite 3/4

**Zusätzliche Fragen bei sonstigen Unfällen**

1. Name und Anschrift des Unfallverursachers (zum Beispiel Streupflichtiger, Tierhalter, Hauseigentümer usw.):	
2. Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers:	Versicherungsnummer:
3. Sind bei dem Unfallverursacher und/oder seinem Haftpflichtversicherer bereits Schadenersatzansprüche gemeldet? <input type="checkbox"/> Ja, Schadennummer <input type="checkbox"/> Nein	
4. Gibt es (einen) Unfallzeugen? Bitte geben Sie Name(n) und Anschrift(en) an:	

**Bitte Folgeseite beachten**

**Versicherungsnummer:**

KV

Seite 4/4

**Ausführliche Unfallschilderung**

Reicht der Platz für Ihre Schilderung nicht aus? – Dann verwenden Sie bitte einfach ein zusätzliches Blatt.  
Eventuell hilft uns auch ein Skizze weiter.

Bitte verweisen sie nicht nur auf ein gegebenenfalls vorliegendes polizeiliches Protokoll. Ihre Schilderung  
des Unfallgeschehens ist für uns äußerst wichtig. Vielen Dank!

## **Vorfall/Unfall - Wichtige Informationen**

### **Schadenersatzansprüche gegenüber dem Unfallverursacher**

Hat ein Dritter den Unfall verursacht? Dann hat der Verletzte gegen diese Person vielleicht einen Anspruch auf Schadenersatz. In diesem Fall können auch wir dort unfallbedingte Kosten zurückfordern, die wir Ihnen erstattet haben. Dies gilt auch für mögliche Pflegeleistungen. Eine solche Rückforderung bezeichnen wir als Regress. Dieser berührt nicht die persönlichen Ansprüche des Verletzten. Ihm entstehen hierdurch also keine finanziellen Nachteile.

Ein Hinweis zum Datenschutz: Im Rahmen des Regresses geben wir gewisse personenbezogene Daten an den Schädiger oder dessen Haftpflichtversicherer weiter. Dies ist nötig, um unsere Ansprüche zu belegen.

### **Vergleich: So machen Sie es richtig!**

Oft schließen der Verletzte und der Verursacher des Unfalles (oder dessen Haftpflichtversicherer) einen Vergleich. Ist das auch hier der Fall? - Dann achten Sie bitte darauf, dass dieser Vergleich nicht unsere Ansprüche erfasst.

Hierzu nehmen Sie bitte alle unfallbedingten Kosten, die wir gezahlt haben oder zahlen werden, von dem Vergleich aus. Hierzu sollten Sie unbedingt die folgende Klausel nutzen:

*"Diese Abfindungserklärung erstreckt sich nicht auf die unfallbedingten Behandlungskosten, die die DKV Deutsche Krankenversicherung AG erstattet hat oder zukünftig noch erstatten wird. Der Vergleich erfasst auch nicht die Pflegeleistungen, die die DKV Deutsche Krankenversicherung AG wegen des Unfalls ausbezahlt hat oder zukünftig auszahlen wird."*

Ohne diese Klausel können wir nach einem Vergleichsschluss unsere Leistungen nicht mehr vom Verursacher des Unfalles (oder dessen Versicherer) zurückfordern. Dies hat für Sie negative Folgen: Wir werden Ihnen die unfallbedingten Kosten nicht mehr erstatten.

### **Vorleistungen anderer Kostenträger**

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Schulunfall? Hierzu zählen auch Unfälle auf dem Weg zur oder von der Arbeit/Schule nach Hause. - In der Regel kommt dann die gesetzliche Unfallversicherung (Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft) für die Behandlungskosten oder Pflegeleistungen auf. Bitte schicken Sie daher die Rechnung(en) zunächst dort hin. Die gesetzliche Unfallversicherung informiert Sie schriftlich, welche Kosten sie übernimmt. Sind danach noch Kosten offen? Dann schicken Sie uns die Rechnung(en) mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen Unfallversicherung. Gern prüfen wir dann, ob und inwieweit wir die restlichen Kosten übernehmen.

### **Anspruch auf Beitragsrückerstattung**

Sieht der Versicherungsschutz eine mögliche Beitragsrückerstattung (BRE) vor? - Dann denken Sie bitte daran: Ihr Anspruch auf eine BRE geht verloren, wenn wir die Kosten einer ambulanten oder zahnärztlichen Behandlung erstatten. Dies gilt selbst dann, wenn uns der Unfallverursacher oder sein Haftpflichtversicherer die unfallbedingten Kosten später zurückzahlt. Sie haben in diesem Fall die Wahl: Sie können die Rechnungen für die Heilbehandlung beim Unfallverursacher oder dessen Haftpflichtversicherer geltend machen. Dann schicken Sie die Rechnungen bitte nicht zugleich auch an uns. Gut zu wissen: Viele Haftpflichtversicherer weisen darauf hin, dass der Geschädigte die Kosten zunächst mit seiner Krankenversicherung abrechnen muss. Für privat Versicherte gilt dies aber nicht.

Alternativ können Sie die Rechnungen an uns senden. Wir prüfen dann, welche Kosten wir erstatten. Verlieren Sie hierdurch Ihre BRE, können Sie diese vom Unfallverursacher oder dessen Haftpflichtversicherer zurückfordern.