

ERGO Krankenversicherung AG
Leistungsabteilung
Karl-Martell-Straße 60
90344 Nürnberg

Telefon: **0800 / 444 1000**
Montag bis Sonntag 7-24 Uhr

Telefax: 0911 / 148 1539

Unfall-Bericht

Bitte vollständig ausfüllen. Nur dann kann umgehend bearbeitet werden!

Vers.Nr: _____ LSNR: _____ Telefonnr.: _____

Name _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

wohnhaft: _____

Beruf und Anschrift Arbeitgeber: _____

Wann ereignete sich der Unfall? am: _____ Uhrzeit: _____

Wo ereignete sich der Unfall? Ort, Straße, Hausnr.: _____

Bei welcher Verrichtung oder Tätigkeit? _____

Handelt es sich um einen Arbeits-, Schul- oder Dienstunfall? Ja Nein bei beruflicher Tätigkeit? Ja Nein

auf dem Weg von/zur Arbeit? Ja Nein auf dem Weg von/zur Schule? Ja Nein

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? Ja, welcher? _____
 Nein

Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen? Ja Dienststelle: _____ Tgb.-Nr.: _____

Nein

Name und Anschrift von Zeugen: _____

Haben Sie einen Rechtsanwalt eingeschaltet?
Name und Anschrift: _____

Besteht bei unserer Gesellschaft eine Unfall-Versicherung? _____ Versicherungs-Nr.: _____

Bitte wenden ►►►

Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten?

Unfall-Schilderung (ggf. mit Skizze) Schildern Sie das Ereignis in allen Einzelheiten und zwar so ausführlich, daß ein deutliches Bild des Unfall-Geschehens entsteht.

Bei Verkehrsunfällen:

Beteiligt am Unfall	als Fahrer	als KFZ-Halter
	als Mitfahrer	als Fußgänger
	als	

Eigenes selbst genutztes KFZ:

polizeiliches Kennzeichen:

Fahrer (Name und Anschrift):

Halter (Name und Anschrift):

Haftpflicht-Versicherung (Name und Anschrift)

Versicherungs-/Schaden-Nr.:

Weitere beteiligte Fahrzeuge:

polizeiliches Kennzeichen:

Fahrer (Name und Anschrift):

Halter (Name und Anschrift):

Haftpflicht-Versicherung (Name und Anschrift)

Versicherungs-/Schaden Nr.:

Zur Beurteilung der Leistungs-Pflicht entbinde ich hiermit Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflege-Heime und Pflege-Personen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht. Vor einer Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten bei den genannten Einrichtungen und Personen bin ich hierüber zu unterrichten. Ich kann dann der Erhebung der personenbezogenen Gesundheitsdaten widersprechen. Auf mein Widerspruchsrecht werde ich ausdrücklich hingewiesen. Ich kann aber auch jederzeit verlangen, dass eine Erhebung der personenbezogenen Daten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung der Daten eingewilligt habe.

Datum

Unterschrift des Versicherungs-Nehmers

Unterschrift des Verletzten

Informationen zum Datenschutz: Es gilt die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Diese vereinheitlicht die Regelungen zum Datenschutz innerhalb der EU. Die DSGVO legt vor allem die Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten fest und regelt die Rechte der betroffenen Person. Wir (als Versicherer) benötigen Ihre Daten zur Bearbeitung des Schaden-/Leistungsfalls. Ausführliche Informationen können Sie bequem unter ergo.de/datenschutz abrufen. Oder Sie fordern diese bei uns an: per E-Mail an beratung@ergo.de oder telefonisch unter 0800 / 444 1000. Wir schicken Ihnen diese gern zu.