

d) Stationäre Behandlung? (Ggf. Dauer, Name und Anschrift des Krankenhauses?)
Falls ja, bitte Bescheinigung mit Diagnose einreichen!

e) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen / voraussichtliche Dauer?

f) Hat der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder zu Arbeitsunfähigkeit geführt? (Ggf. für welche Zeitdauer?)

7.a) Bestehen Unfallversicherungen auch bei anderen Gesellschaften?
(ggf. Name, Anschriften, Versicherungsnummer angeben)

b) Besteht eine private Krankenversicherung?
(ggf. Name und Anschrift der Gesellschaft oder Kasse angeben)

Eine Versicherungsleistung ist zu zahlen an (Kontoinhaber):

Geldinstitut:

Bankleitzahl (BLZ):

Kontonummer:

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer und die Konzept und Marketing GmbH zur Beurteilung der Leistungspflicht alle Angaben überprüfen, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zwecke befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Leistungsansprüche im Falle meines Todes. Ebenso gilt diese Schweigepflichtentbindung auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die von mir gesetzlich vertretene Person ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Schlusserklärung

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Unterschrift des Versicherten (Verletzten)