

**INTER Allgemeine Versicherung AG**  
Direktion Mannheim

Ihr Ansprechpartner:  
XXXXXX XXXXX  
Telefon: 0621 427 1691 (Rückrufservice)  
Telefax: 0621 427 7708  
Schaden@inter.de

INTER Versicherungsgruppe - Postfach 10 16 16 - 68016 Mannheim  
340146723003-00000 Z-HUS

VN  
Straße  
XXXXX XXXXXXXX

**Schadenummer: 1213212(bitte stets angeben)**  
**Unfallversicherung UV 4.672.300/3**  
**Policenwerk-Nr. S-2018-123154**  
Unfall vom xx.xx.xxxx  
Versicherte Person: Vorname Name

Datum

Sehr geehrter Herr VN

nach dem Unfallversicherungsvertrag zahlen wir eine Invaliditätsentschädigung, wenn als Folge des Unfalles eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) verbleibt.

Der Entschädigungsbetrag richtet sich nach der für den Invaliditätsfall vereinbarten Versicherungssumme und dem dauernden Invaliditätsgrad. Dieser ist nach den Richtlinien in den Versicherungsbedingungen zu ermitteln. Bei der Verletzung von Gliedmaßen und/oder Sinnesorganen bestimmt sich der Invaliditätsgrad allein danach, wie weit die verletzten Gliedmaßen und/oder Sinnesorgane auf Dauer in der Gebrauchsfähigkeit beeinträchtigt sind.

Die Invalidität muss von einem Arzt (möglichst Facharzt) festgestellt werden. Da es nicht auf den vorläufigen, sondern auf den dauernden Schaden ankommt, kann eine ärztliche Feststellung in der Regel erst nach Abschluss der Heilbehandlung erfolgen. Wenn infolge des Unfalls mit einem Dauerschaden zu rechnen ist, bitten wir Sie, uns nach Abschluss der Heilbehandlung den beigefügten Vordruck "Schlussbericht", von dem Verletzten und dem zuletzt behandelnden Arzt ausgefüllt und unterschrieben, zurückzureichen. Sollte nach Meinung des Arztes jedoch eine Aussage über den Dauerschaden schon vor Beendigung der Behandlung möglich sein, so kann der Vordruck, ausgefüllt und unterschrieben, selbstverständlich schon vorher eingereicht werden.

Beachten Sie aber bitte, dass eine Invalidität nach den Versicherungsbedingungen spätestens vor Ablauf von 24 Monaten vom Unfalltag an gerechnet, bei uns geltend gemacht werden muss. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Gegebenenfalls bitten wir Sie daher, den ausgefüllten und unterschriebenen Schlussbericht mit den Angaben des zuletzt behandelnden Arztes rechtzeitig vor Ablauf dieser Frist einzureichen, selbst wenn die Heilbehandlung dann noch nicht abgeschlossen sein sollte.

**- bitte wenden -**

**INTER Allgemeine Versicherung AG**  
Vorstand: Matthias Kreibich (Sprecher),  
Michael Schillinger, Roberto Svenda, Holger Tietz  
Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas

Sitz: Mannheim, Handelsregister-Nr. HRB 3181 beim Amtsgericht Mannheim  
FA Mannheim-Stadt - St.-Nr. 38184 / 44405

Direktion:  
Erzbergerstr. 9 - 15, 68165 Mannheim

Commerzbank Mannheim  
IBAN DE66 6708 0050 0683 8467 00  
BIC(SWIFT-Code) DRESDEFF670

Die Einreichung des Schlussberichtes erübrigt sich, wenn aufgrund des Unfalles keine dauernden Folgen verbleiben, weil dann die Voraussetzung für eine Invaliditätsentschädigung nicht gegeben ist.

Wenn uns der Schlussbericht nicht spätestens 24 Monate nach dem Unfall vorliegt, müssen wir davon ausgehen, dass ein Anspruch auf Invaliditätsentschädigung nicht mehr geltend gemacht wird. Wir werden den Vorgang dann als erledigt ablegen.

Mit freundlichen Grüßen

INTER Allgemeine Versicherung AG  
Ihre Schadenabteilung

Muster

## Schlussbericht AUB 2008

Vertragsnummer: UV 4.672.300/3  
Schadensnummer: 1738395

Bitte erst nach Abschluss der ärztlichen Behandlung – **spätestens jedoch 24 Monate nach dem Unfall** – in allen Punkten sorgfältig ausgefüllt und unterschrieben einsenden!

### A. Allgemeine Angaben

Unfalltag **Datum eintragen** \_\_\_\_\_ Name des Verletzten \_\_\_\_\_

### B. Angaben über die Folgen des Unfalls

Welche Folgen des Unfalls werden nach Ihrer Meinung **dauernd** bestehen bleiben? – Bitte kurze stichwortartige Angaben!

**Subjektive Beschreibung von Versicherungsnehmer auszufüllen. Z. B. Bewegungsschmerzen im Knie....**

### C. Weitere Angaben des Verletzten über die Behandlungen der Unfallfolgen

In welchen Krankenhäusern wurden Sie wegen des Unfalls behandelt und von wem?  
Name und Anschrift der Krankenhäuser

von

bis

**Ggf. Krankenhausaufenthalte von VN eintragen, damit kein KHT vergessen wird**

### D. Angaben über die Meldung des Unfalls

**Von VN beantworten wenn ein BG Unfall vorliegt**

Ist der Unfall der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) gemeldet worden?  nein  ja

Name der Berufsgenossenschaft

Aktenzeichen, unter der Ihr Unfall geführt ist

Straße oder Postfach

PLZ, Ort

Haben Sie von dort einen Rentenbescheid oder eine sonstige Nachricht erhalten?  
Wenn ja, bitten wir um Übersendung für kurze Zeit zur Einsichtnahme.  nein  ja

Prozentsatz der Rente \_\_\_\_\_ %  vorläufige Rente  Dauerrente

## E. Angaben zur Bankverbindung

Auf welches Konto soll ggf. die Versicherungsleistung überwiesen werden?

**Bankverbindung an die die Leistung gezahlt werden soll**

Geldinstitut (bitte genaue Angaben)

Name des Kontoinhabers

Konto-Nummer

BLZ

## F. Erklärung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Antragsannahme sowie Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier bei Antragstellung oder zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

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 Beurteilung einer Antragsannahme sowie zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ferner für die Angehörigen von anderen Personenversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten (z.B. Behandlung, Diagnose, Zeitpunkt) befragt werden dürfen. Darüber hinaus ermächtige ich den Versicherer, zur Prüfung von Leistungsansprüchen, Sozialversicherungsträger unter Befreiung von der Beschränkung der Paragraphen §§ 35 SGB I, 67ff SGB X, insbesondere bei allen früheren und aktuellen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsträgern, Behörden, derzeitigen und früheren Arbeitgebern, sachdienliche Auskünfte zur Prüfung des Versicherungsfalles sowie meiner Angaben einzuholen. Die befragten Personen und Stellen entbinde ich hiermit ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Ich habe statt der vorstehenden allgemeinen Schweigepflichtentbindung die Möglichkeit, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich zu 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 Antragsannahme oder 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 wird die INTER im Einzelfall eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 10 EUR verlangen.

Sofern ich jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt diese Alternative wählen möchte, werde ich diese schriftlich erklären.

**Muss nur ausgefüllt werden, wenn die VP dazu nicht in der Lage ist**

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

Unterschrift der VP

Unterschrift VN

Ort

Datum

Unterschrift des Verletzten  
(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift des Versicherungsnehmers  
(wenn mit dem Versicherten nicht identisch)

## G. Angaben des zuletzt behandelnden Arztes

(Bitte beachten Sie, dass es hier nur auf den dauernd verbleibenden Unfallschaden ankommt.)

Wann wird/wurde die Heilbehandlung wegen der Unfallfolgen abgeschlossen?

**Hier sollte der Hausarzt einschätzen und eine Aussage treffen, ob ein Gutachten vom Versicherer sofort oder ggf. erst später in Auftrag gegeben werden soll. Beispiel: Wenn eine OP ansteht um Schrauben zu entfernen, nutzt ein Gutachten sofort nichts. Es geht nicht darum, dass der Arzt einschätzt ob ein Dauerschaden verbleibt und in welcher Höhe!!!**

Ist **infolge des Unfalls** eine dauerhafte Beeinträchtigung (die Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustands nicht erwartet werden kann) der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten?

nein

ja

Wenn ja, **wann** kann die **Höhe des Dauerschadens** durch Gutachten zuverlässig festgestellt werden?

Von heute an gerechnet, in \_\_\_\_\_ Monaten.

(Bitte Anzahl der Monate angeben oder ankreuzen)

sofort

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes



156000