

SCHADENANZEIGE UNFALL

VERSICHERUNGSNEHMER

Firma / Name, Vorname
Adresse / Stempel

Ansprechpartner für Rückfragen

Name:

Telefon:

E-Mail:

Versicherungsschein-Nr.:

Eigene Schadennummer:

SCHADENHERGANG

Schadentag:

Uhrzeit:

Ort:

Detaillierte Schadenschilderung (Hergang, Ursache etc., ggf. auf separatem Blatt ergänzen):

Wo geschah der Unfall?

Arbeit

Wegeunfall

Freizeit

Handelte es sich um eine Dienstreise?

Ja

Nein

SCHADENUMFANG

Angaben zur verletzten Person:

Name, Vorname:

PLZ / Ort, Straße:

E-Mail:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

Beruf und kurze Beschreibung der Tätigkeit:

Gesundheitsschädigung:

Verletzte(r) Körperteil(e):

Art der Verletzungen:

Wurden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente
oder Rauschmittel eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurde eine Blutprobe entnommen?

Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

 ‰

Hat die verletzte Person ein Verkehrsmittel
benutzt?

Ja Nein

Wenn ja, welches?

PKW LKW Moped Motorrad Fahrrad anderes Verkehrsmittel

als: Fahrer Insasse

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Ja Nein

Dienststelle:

Aktenzeichen:

Arzt- und Krankenhausbehandlungen // Bitte Arzt- und Krankenhausberichte mitsenden !

Erste ärztliche Hilfe am:	<input type="text"/>	Name / Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses:	<input type="text"/>
Weiterbehandlung / Überweisung am:	<input type="text"/>	Name / Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses:	<input type="text"/>

Arbeitsunfähigkeit

Ab wann wurde die verletzte Person arbeitsunfähig?	<input type="text"/>			
Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich arbeitsunfähig sein? Bis ca.:	<input type="text"/>			
Wird die verletzte Person stationär behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem:	<input type="text"/>	bis voraussichtl.:	<input type="text"/>

Vorerkrankungen und Vorunfälle

Hat die verletzte Person wegen anderer Erkrankungen oder früheren Unfällen in den letzten 5 Jahren einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Welche Unfälle? (bitte Datum und Art der Verletzung angeben)			
Datum:	<input type="text"/>	Art der Verletzung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Art der Verletzung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Art der Verletzung:	<input type="text"/>
Welche Krankheiten?			
Datum:	<input type="text"/>	Art der Erkrankung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Art der Erkrankung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Art der Erkrankung:	<input type="text"/>

Renten

Erhält die verletzte Person eine Invaliditätsrente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Art:	<input type="text"/>
Wurde vor dem Unfall eine Invaliditätsrente beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Grund:	<input type="text"/>

Andere Versicherungen

Bestehen zur Zeit noch weitere Unfall-/Insassenunfall-Versicherungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1. Versicherer:	<input type="text"/>	Vertragsnummer:	<input type="text"/>
2. Versicherer:	<input type="text"/>	Vertragsnummer:	<input type="text"/>
3. Versicherer:	<input type="text"/>	Vertragsnummer:	<input type="text"/>
Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ist ein Krankenhaustagegeld über eine Krankenversicherung versichert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Erklärung

Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Schweigepflichtsentbindung

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

Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt 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/den von mir gesetzlich Vertretene(n) ab, der/die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Bankverbindung für vereinbarte Entschädigungsbeiträge

Kontoinhaber:			
IBAN:		Bank:	
Ort, Datum		Unterschrift / Stempel Versicherungsnehmer	
Ort, Datum		Unterschrift / Stempel versicherte Person bzw. gesetzl. Vertreter	

NOTIZEN (ergänzende Informationen)