

Unfall-Schadenanzeige

Versicherungsnummer:.....

Versicherer:.....

Versicherungsnehmer

Name:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Angaben zur versicherten Person

Name:

Geb. am: • Verheiratet • ledig - Anzahl der Kinder ?

Beruf und kurze Beschreibung Ihrer Tätigkeit:

Unfalltag Uhrzeit: Unfallort:

• Arbeitsunfall • Wegeunfall • anderer

1. Unfallhergang Wodurch ist der Unfall verursacht worden und wie ist sein Hergang gewesen?

Zeugen

2. Gesundheitsschädigung

Verletzte(r)Körperteil(e) Art der Verletzung(en)

3. Alkohol/ Medikamente

Wurden alkoholische Getränke vor dem Unfall getrunken? • ja • nein

Wurde eine Blutprobe entnommen? • ja • nein

Wurden Medikamente oder Rauschmittel eingenommen? • ja • nein

4. Verkehrsunfall

Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt:

• PKW • LKW • Motorrad • Moped • Fahrrad • and. Verk.-M.Unfall • Als Fahrer • Insasse • Soziusfahrer

Waren Sie angeschnallt? • ja • nein

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? • ja • nein

Dienststelle/Aktenzeichen:

5. Arzt- oder Krankenhausbehandlung

Erste ärztliche Hilfe am: Weiterbehandlung/Überweisung am:

6. Arbeitsunfähigkeit

Ab wann ist die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben worden:

Ab wann arbeitsfähig:

Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich noch arbeitsfähig sein?

Wird die verletzte Person stationär behandelt?

• nein • ja, seit wann bis voraussichtlich bis

7. Vorerkrankungen und Vorunfälle

Stand die verletzte Person wegen früherer Unfälle in ärztlicher Behandlung? • ja • nein

Welche Unfälle? (mit Zeitangabe und Art der Verletzung)

Stand oder steht die verletzte Person wegen Krankheiten in ärztlicher Behandlung?

• ja • nein

Welche Krankheiten? (mit Zeitangabe und Art der Erkrankung)

8. Renten / Schwerbehinderten Ausweis

Erhält die verletzte Person Rente? • ja • nein

Wurde eine Rente beantragt? • ja • nein

Art und Grund der Rente? (mit Zeitangabe und Prozentsatz)

Besitz die verletzte Person einen Schwerbehinderten Ausweis? • ja • nein Prozent?

Wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt? • ja • nein

Aufgrund welcher Gesundheitsstörungen?

9. Andere Versicherungen

Bestehen oder bestanden noch weitere Unfall-, Insassenunfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen? • ja • nein

Wenn ja, wo?

Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert?

Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? • ja • nein

Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?

Mit Krankengeld? • ja • nein

10. Erklärung

Ich erkläre, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein Dritter die Schadenanzeige ausgefüllt hat.

Wir weisen darauf hin, daß der Versicherer bei vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtig gemachten Angaben berechtigt ist, eine Leistungspflicht abzulehnen, auch wenn dem Versicherer durch die falschen Angaben kein Nachteil entsteht.

11. Schweigepflichtbefreiung

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, befreie ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger, Berufsgenossenschaften und Behörden, der Gesellschaft die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

12. Konto Vereinbarte Entschädigungsbeträge überweisen an:

Unterschriften

Datum