

Schadenanzeige Unfallversicherung



Versicherungsnehmer
Herr/Frau/Firma

Bitte senden Sie diese Schadenanzeige an:

Versicherungsschein-Nr.

Bei Gruppen-Unfallversicherung
zusätzlich:

Gruppe Lfd. Nr.

Wird die Gesellschaft im Zusammenhang mit diesem Schaden noch anderweitig in Anspruch genommen? ja nein

Kraftfahrzeughaftpflicht Kraftfahrzeugkasko sonstiger Vertrag

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.

Bitte
stets angeben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Telefon-Nr.

PLZ, Ort

ausgeübter Beruf

Verletzte Person

Wann und wo ereignete
sich der Unfall?

Datum

Uhrzeit

Unfallort/-stelle (Straße, Platz, Nr.)

Bei welcher Gelegenheit?

bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten
 auf dem Weg dorthin oder von dort

im Haushalt bei sonstiger Gelegenheit
 beim Einkaufen

Wie hat sich der Unfall ereignet?

Bitte ausführlich schildern

Unfallhergang

Large text area for describing the accident details.

Worin bestehen die Verletzungen?

Three horizontal text boxes for describing injuries.

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

ja nein

Anschrift der Polizeidienststelle

Aktenzeichen

Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen?

ja nein

Ergebnis %o

Bei Kraftfahrzeug-Unfällen

Was für ein Fahrzeug wurde benutzt?

Art (z.B. PKW, Krad)

Amtliches Kennzeichen

Wer lenkte das Fahrzeug?

Name, Vorname

Führerscheinklasse

Ausstellungsdatum

Bitte zusätzlich bei Ansprüchen aus einer Insassen-Unfallversicherung beantworten:

Ist der Fahrzeuglenker beim Versicherungsnehmer als Kraftfahrer oder Beifahrer angestellt? ja nein

Wieviele Personen nahmen an der Fahrt teil? Anzahl

Wieviele waren davon unter 14 Jahren? Anzahl

Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

Ärztliche Behandlung

Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum

Uhrzeit

Name und Anschrift des Arztes

War eine stationäre Behandlung erforderlich? ja nein vom bis

Name und Anschrift des Krankenhauses

Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?

Multiple empty text boxes for listing other consulted doctors.

Findet z.Zt. noch ärztliche Behandlung statt? ja nein

Voraussichtliche Behandlungsdauer

Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?

Name und Anschrift

Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung? ja nein

Vorerkrankungen und frühere Unfälle

War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund? ja nein

Art der Krankheiten oder Leiden

Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten? ja nein

Wann? Höhe der Entschädigung Von welcher Gesellschaft?

Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? ja nein

Höhe der Rente % Von welchem Versicherungsträger?

Weitere Versicherungen

Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen ja nein

Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.-Summen

Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen)

Name und Anschrift

Zahlungswunsch

Scheck Überweisung

Zahlungsempfänger

Anschrift der Bank, Sparkasse oder des Postgiroamtes

Konto-Nr.

Bankleitzahl

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 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 auch ab für den Fall, daß die verletzte Person von mir gesetzlich vertreten wird und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Wichtiger Hinweis: Denken Sie bitte daran, daß bewußt unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dadurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Verletzten