

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:		Name / Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses:	
Weiterbehandlung / Überweisung am:		Name / Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses:	

Arbeitsunfähigkeit

Ab wann wurde die verletzte Person arbeitsunfähig?	
Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich arbeitsunfähig sein? Bis ca.:	
Wird die verletzte Person stationär behandelt?	O Nein O Ja, seit dem: bis voraussichtl.:

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?	O Ja O Nein
Welche Unfälle? (bitte Datum und Art der Verletzung angeben)	
Datum:	Art der Verletzung:
Datum:	Art der Verletzung:
Datum:	Art der Verletzung:
Welche Krankheiten?	
Datum:	Art der Erkrankung:
Datum:	Art der Erkrankung:
Datum:	Art der Erkrankung:

Renten

Erhält die verletzte Person eine Invaliditätsrente?	O Nein O Ja, Art:
Wurde vor dem Unfall eine Invaliditätsrente beantragt?	O Nein O Ja, Grund:

Andere Versicherungen

Bestehen zur Zeit noch weitere Unfall-/Insassenunfall-Versicherungen?	O Ja O Nein
1. Versicherer:	Vertragsnummer:
2. Versicherer:	Vertragsnummer:
3. Versicherer:	Vertragsnummer:
Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?	O Ja O Nein
Ist ein Krankenhaustagegeld über eine Krankenversicherung versichert?	O Ja O 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)

--