

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

--

Worin bestehen die Verletzungen?

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? ☐ ja ☐ nein	Anschrift der Polizeidienststelle	Aktenzeichen
Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen? ☐ ja ☐ nein	Ergebnis ‰	

**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?

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