

Schadenanzeige

Unfallversicherung

Versicherungsnehmer

Herr	Frau	Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.			PLZ, Wohnort	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Telefon			E-Mail	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Versicherungsscheinnummer			Schadennummer	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Allgemeine Unfallversicherung			<input type="checkbox"/> Kraftfahrt-Unfallversicherung	

Angaben zur verletzten Person

Verletzte Person ist: Versicherungsnehmer Mitversicherte Person (folgende Angaben machen)

Herr	Frau	Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.			PLZ, Wohnort	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Beruf			Telefon	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

Schadenschilderung

Eintritt des Schadens:

Datum	Uhrzeit	Unfallort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schilderung des Schadenhergangs (evtl. auf einem gesonderten Blatt)

Schadenhergang

Wurde die Polizei hinzugezogen?

nein ja, am

Dienststelle:

Sachbearbeiter:

Telefon:

Aktenzeichen:

Gibt es Augenzeugen?

nein ja (Name, Anschrift, Telefon)

Ist der Unfall beim Führen eines Kraftfahrzeugs entstanden?

nein ja

Fahrzeugart:

Kennzeichen:

Eine gültige Fahrerlaubnis lag vor? ja nein

Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden folgendes zu sich genommen?

Alkohol: nein ja,

Drogen: nein ja,

Medikamente: nein ja,

Wurde eine Blutprobe entnommen?

nein ja, Ergebnis:

Wann passierte der Unfall?

in der Freizeit

während einer beruflichen Tätigkeit (bitte Angaben zum Arbeitgeber, Berufsgenossenschaft und Aktenzeichen)

Erfolgte eine ärztliche Behandlung der verletzten Person?

nein ja ambulant stationär

Von - bis:

Eine weitere Behandlung ist notwendig?

nein ja ambulant stationär

Nennen Sie Art und Umfang der Verletzungen (bitte medizinische Unterlagen beifügen)

Ist mit Dauerfolgen zu rechnen?

nein derzeit ungewiss ja, und zwar:

Angaben zur ärztlichen Behandlung mit Unfallfolgen

erstbehandelnder/es Arzt Krankenhaus

Name:

Anschrift:

letzbehandelnder/es Arzt Krankenhaus

Name:

Anschrift:

Bei Unfalltod bitte folgende Angaben:

Datum: Uhrzeit: Sterbeort:

Angaben zum behandelnden Arzt, der den Tod festgestellt hat

Name:
Anschritt:

Ergänzende Angaben

Leidet die versicherte Person an einer erheblichen Krankheit, die zu einer regelmäßigen Behandlung führt, an Gebrechen oder Folgen früherer Unfälle?

nein ja, und zwar:

Angaben zum behandelnden Arzt

Name:
Anschritt:

Besteht ein weiterer Versicherungsvertrag, über den Ersatzansprüche geltend gemacht werden können?

nein ja

Name des Versicherungsnehmers:
Name der Versicherungsgesellschaft:
Versicherungsscheinnummer:

Angaben zu Vorschäden

Hat die versicherte Person bereits frühere Unfälle erlitten?

nein ja

Schadenhöhe:
Schadeneintritt:
Versicherungsgesellschaft:
Folgen:

Zahlung der Entschädigungsleistung

Überweisung auf das nachstehende Konto:

Bankleitzahl:
Kontonummer:
Geldinstitut:
Kontoinhaber:

Erklärung

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person das Formular ausgefüllt hat.
Mit ist bewusst, dass Falschangaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

Kenntnis der Erklärung

Name des Versicherungsnehmers:

Ort, Datum

Beigefügte Anlagen

(z. B. detaillierte Angaben zum Schaden, Fotos, Quittungen etc.)

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	