

# SCHADENANZEIGE UNFALL-VERSICHERUNG

per Fax: 02606/2272

VERSICHERUNGSNEHMER/IN

Schadentag, Datum, Uhrzeit .....

Schadenort (Strasse, Haus-Nr.) .....

Versicherungsnehmer/in: ..... mit Vorsteuerabzug (MwSt.)  nein  ja

VERSICHERTE PERSON

Name: .....

Beruf: .....

Straße: .....

Ort: .....

Geb.-Dat.: .....

VERS.-SUMMEN

Todesfall: .....

Invaldität: .....

Tagegeld: .....

Krankenhaus-Tagegeld: .....

Übergangsleistung: .....

Sonstige Leistungen: .....

ANGABEN ZUM UNFALL / HERGANG

Unfallort: ..... Uhrzeit: ..... Datum: .....

Berufsunfall  Freizeitunfall

Schadenhergang: Bitte schildern Sie den genauen Schadenhergang (wenn notwendig Extra-Blatt beifügen)

.....  
.....  
.....

Verletzte Körperteile und Art der Verletzung:

.....  
.....

Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?

nein  ja, Art und Menge: .....

Polizeiaufnahme erfolgt:  nein  ja Dienststelle: .....

Tagebuchnummer: .....

Nur auszufüllen bei Verkehrsunfällen.

Welches Fahrzeug hat die verletzte Person benutzt:

PKW  Motorrad  Fahrrad  Mofa/Moped  Keines (Fußgänger)

Amtliches Kennzeichen: ..... Führerscheinklasse und Nr. ....

Austellungsort/Datum: .....

## SCHADENANZEIGE UNFALL-VERSICHERUNG

per Fax: 02606/2272

Seite 2 zur Schadenanzeige vom: .....

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Datum: .....

Uhrzeit: .....

Name und Anschrift des Arztes: .....

Stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt:  nein  ja, Anschrift: .....

Aufnahme-/Entlassungstag: .....

Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes: .....

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?  nein  ja, seit: .....

Ist die verletzte Person wieder arbeitsfähig?  nein  ja, seit: .....

voraussichtlich ab: .....

Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten:  nein  ja

War oder ist die verletzte Person auch bei anderen Gesellschaften gegen Unfall versichert?

nein  ja Name/Anschrift: .....

Vertragsnummer: .....

Hat die verletzte Person schon früher Ansprüche aus einer privaten Unfallversicherung geltend gemacht?

nein  ja wegen: .....

Name/Anschrift der Gesellschaft: ..... Vertragsnummer: .....

Schadenersatzleistung in EUR: .....

Welcher Berufsgenossenschaft wurde oder wird der Unfall gemeldet? (ggfs. Anschrift)

.....

Aktenzeichen: .....

Besteht bei anderen Gesellschaften eine Lebensversicherung?  nein  ja

Name/Anschrift der Gesellschaft: ..... Vertragsnummer: .....

Welchen Krankenversicherungen gehört die verletzte Person an? (Name und Anschrift)

.....

.....

An wen soll gezahlt werden? Kontoinhaber: .....

Name ..... BLZ ..... Konto-Nr. ....

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechend der Wahrheit. Ich weiß, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen, auch wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Dazu ein Hinweis: Wenn Sie die Unfallanzeige nicht selbst ausgefüllt haben, prüfen Sie bitte bevor Sie unterschreiben, ob alle Angaben richtig sind.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die auch aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergehen. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen und Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel  
Versicherungsnehmer/in