

Versicherungsnehmer

Zu Schadenereignis vom: _____

Vers.-Gesellschaft: _____

Vers.-Schein-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Sachbearbeiter: _____

Telefon-Nr.: _____

Telefax-Nr.: _____

UNFALL-SCHADENANZEIGE	
Schadentag und Uhrzeit	am um Uhr
Schadenort (Anschrift mit PLZ)	
Name des Verletzten PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer	
Geburtsdatum	
Welche hauptberufliche Tätigkeit übte der Verletzte in der Zeit vor dem Unfall aus?	
Hatte der Verletzte neben seinem Hauptberuf noch einen weiteren Erwerb?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welchen
Gehörte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt einer militärischen Einheit an?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher
Angaben zum Unfall Bitte schildern Sie den Unfall ausführlich	
Namen und Anschrift der Zeugen	
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Von welcher Polizeidienststelle? Aktenzeichen	
Zuständige Staatsanwaltschaft Aktenzeichen	
Benutzte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> sonst.Verkehrsm.
Polizeiliches Kennzeichen?	
War er Fahrer? Führerscheinklasse, Ausstellungsdatum des Führerscheins Ausstellende Behörde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Führerscheinklasse Ausstellungsdatum
Hat der Verletzte vor oder nach dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Blutprobe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Promille
Art und Menge des Alkohols, der Medikamente oder der Rauschmittel	
In welchem Zeitraum vor oder nach dem Unfall wurden Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel aufgenommen?	
Verletzungsumfang: Welcher Art sind die Verletzungen?	
Welche Folgen hat der Unfall gehabt?	
Beginn der ärztlichen Behandlung	

Name des erstbehandelnden Arztes Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort	
Jetzt behandelnder Arzt Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort	
Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung Besteht Arbeitsunfähigkeit? Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis
Name und Anschrift des Krankenhauses	
Bei tödlichem Ausgang: Wann und wo ist der Tod eingetreten? Welcher Arzt hat den Tod festgestellt?	
Bezieht oder bezog der Verletzte vor dem Unfall Rentenzahlungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Grund des Rentenbezugs	
Ist der Verletzte kriegsversehrt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist der Verletzte auch noch bei anderen Gesellschaften unfallversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr.
Gesellschaft mit Anschrift	
Ist der Verletzte bei einer Berufsgenossenschaft versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
Ist der Verletzte gegen Krankheit versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
<p>Die Rechtsprechung des BGH veranlasst uns zu dem vorsorglichen Hinweis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn diese Angaben keinen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung bzw. den Umfang der Versicherungsleistung gehabt haben.</p> <p>Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der Gesellschaft Auskünfte zu erteilen.</p>	

Telefonisch tagsüber erreichbar unter:	
Konto-Nr.:	BLZ:
bei:	

Ort, Datum

Unterschrift des Ansprucherhebenden/des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter