

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Versicherungsnehmer

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

Unfallversicherung Nr. _____

Schaden Nr. _____

Sehr geehrter Kunde,

bitte beantworten Sie alle Fragen sehr sorgfältig und ausführlich. Sollte einmal der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei. So ersparen Sie uns Rückfragen und tragen damit zu einer reibungslosen und raschen Schadenabwicklung bei.

Vielen Dank!

1. Verletzte Person

Nachname
Straße, Haus-Nr.
Beruf
Arbeitsstätte
Kreditinstitut

Vorname	Geburtsdatum	Verheiratet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Postleitzahl	Wohnort	
Tätigkeit im Beruf (genau angeben, z. B. Verkäufer, auch mitarbeitend im Lager)		
Telefon geschäftlich	Telefon privat	
BLZ	Konto-Nr.	

2. Unfallzeitpunkt und -ursache

a) Wann ereignete sich der Unfall?

Datum: _____ Uhrzeit: _____

b) Wo ereignete sich der Unfall?

c 1) Handelte es sich um einen Verkehrsunfall?

Nein Ja

Wenn Ja: In welcher Eigenschaft (z. B. Fußgänger, Radfahrer)? _____

Bei Kraftfahrzeugen – polizeil. Kennzeichen/Halter: _____

War der Verletzte im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

Nein Ja

c 2) Handelte es sich um einen Sportunfall?

Nein Ja

Wenn Ja: In welcher Liga? _____

d) Wurde der Unfall protokolliert?

Nein Ja

Wenn Ja: Polizeidienststelle und Aktenzeichen: _____

e) Wurde ein Ermittlungsverfahren eingeleitet?

Nein Ja

Wenn Ja: Staatsanwaltschaft/Bußgeldbehörde, Aktenzeichen: _____

f) Handelte es sich um einen Berufsunfall?

Nein Ja

Wenn Ja: Berufsgenossenschaft und Aktenzeichen: _____

g) Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

Nein Ja

Wenn Ja: Wann, was und welche Mengen: _____

h) Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurückzuführen?

Nein Ja

3. Unfallhergang

a) Bitte schildern Sie den **Unfallhergang** und die **Unfallursache** so ausführlich, dass ein möglichst genaues Bild entsteht:

b) Welche Verletzungen wurden festgestellt (Diagnose des Arztes)?

4. Zeugen/Ärzte

a) Wer war noch am Unfall beteiligt (bei Kraftfahrzeugen auch polizeiliche Kennzeichen und Halter)?

b) Welche Augenzeugen des Unfalles können genannt werden?

c) Wenn keine Zeugen zugegen waren, wer hat die verletzte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

d) Von welchen Ärzten, gegebenenfalls in welchem Krankenhaus, wurde die verletzte Person **erstmalig** behandelt?

ab

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 von Dr. med. _____ Anschrift: _____

e) Von welchen Ärzten, gegebenenfalls in welchem Krankenhaus, wurde die verletzte Person außerdem behandelt?

ab

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 von Dr. med. _____ Anschrift: _____

ab

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 von Dr. med. _____ Anschrift: _____

5. Vorerkrankungen / Frühere Unfälle

a) Wegen welcher Erkrankungen (**nicht** Bagatellerkrankungen) war der Verletzte in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall in ärztlicher Behandlung? Behandlungszeitraum?

Name und Anschrift der Ärzte: _____

b) Lagen **zur Zeit des Unfalles** Krankheiten oder Gebrechen vor? Nein Ja: Wenn Ja, welche?

c) Sind der verletzten Person schon früher Unfälle zugestoßen? Nein Ja: Wenn Ja, wann und welcher Art?

Wurden Leistungen erbracht? Nein Ja: Wenn Ja, von wem und in welcher Höhe?

Bitte **alle** Fragen vollständig beantworten (falls der Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt beifügen).

6. Weitere Versicherungen

a) Bestehen weitere Unfallversicherungen? Nein Ja

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name, Ort):	Vers.schein-Nr./Aktenzeichen
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte auch z. B. Insassen-, Verkehrsmittel- oder Gruppen-Unfallversicherungen angeben, wenn aus diesen ebenfalls Leistungen beansprucht werden.

b) Krankenkasse oder -versicherung: _____

c) Bei Unfalltod auch Lebensversicherungen angeben: _____

Bitte **alle** Versicherungen angeben, nach denen gefragt wird (falls der Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt beifügen).

7. Schlusserklärung

Die vorstehenden Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich durch bewusst unrichtige der unvollständige Angaben den Versicherungsschutz auch dann verliere, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

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 Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

Diese Erklärung gebe ich für die von mir gesetzlich vertretene verletzte Person ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.



Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Sofern Krankenhaustagegeld versichert:

Ärztliche Bescheinigung des Krankenhauses

Die verletzte Person befand sich wegen des Unfalles bei uns in **vollstationärer** Behandlung:

vom: _____ bis: _____ Diagnose (in Worten): _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Wird eine weitere vollstationäre Behandlung erforderlich sein? Nein Ja