

Unfall-Schaden-Anzeige

Bitte füllen Sie den Vordruck sorgfältig mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber aus. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Versicherungsschein-/Schadenummer (Bitte stets angeben)

1. Versicherungsnehmer:

Name:	Telefon privat:
Straße:	Telefon dienstl.:
PLZ/Ort:	eMail:

2. Schadentag	am: _____ um: _____
----------------------	---------------------

3. Schadenort (genaue Ortsbeschreibung, z. B.: vor welchem Haus, wo auf dem Gehsteig/der Fahrbahn, in welcher Wohnung/Gaststätte/Betrieb)	_____ _____ PLZ Ort
--	---------------------------

4. Angaben zur verletzten Person: 1. Name, Vorname 2. Anschrift, Telefonnummer 3. Geburtsdatum 4. Welche Berufstätigkeit übte die verletzte Person aus? Seit wann wird diese Tätigkeit ausgeübt?	_____ _____ _____ _____ _____
--	---

5. Wie hat sich der Unfall ereignet? (Ausführliche Schilderung des Unfallherganges/wenn erforderlich, Extrablatt verwenden)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--

6. Welcher Art war der Unfall? <input type="checkbox"/> 1 = Berufsunfälle – oder bei Kindern Unfälle in der Schule sowie bei schulischen Veranstaltungen – ohne Wegeunfälle (nicht Unfälle von Hausfrauen, die keinen anderen Beruf ausüben). <input type="checkbox"/> 3 = Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte, bei Kindern auf dem Weg zur und von der Schule/zu und von schulischen Veranstaltungen. <input type="checkbox"/> 4 = Unfälle bei der Tätigkeit für den Haushalt, auch bei Einkäufen. <input type="checkbox"/> 9 = sonstige Unfälle (= Unfälle, die weder zum Beruf oder zum Schulbesuch noch zur Tätigkeit für den Haushalt in Beziehung stehen).	
---	--

7. Welche Personen waren Zeugen des Herganges? Wenn keiner zugegen war, wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen?	Name, Anschrift, Telefonnummer: _____ _____ _____
--	--

8. Wurde der Unfall polizeilich oder von einer anderen Dienststelle (Berufsgenossenschaft etc.) aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja, Anschrift der Dienststelle: _____ <input type="checkbox"/> nein _____ PLZ Ort _____ Tagebuch-Nr.
---	---

9. Handelt es sich um einen Unfall mit Kfz? War die verletzte Person Lenker oder Mitfahrer?	<input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen des Kfz: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer
---	---

10. Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss? Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis: _____ ‰; <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von wem? _____
---	--

11. Art der Verletzung? 1. Welcher Körperteil wurde verletzt? 2. Welche Verletzung wurde festgestellt? 3. Beginn der Behandlung: 4. Besteht Arbeitsunfähigkeit? 5. Dauer der Arbeitsunfähigkeit: 6. Welche Folgen sind bereits eingetreten? 7. Welche Folgen sind noch zu befürchten?	 <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> nein von: _____ bis: _____
12. 1. Welche(r) Arzt/Ärzte wurde(n) hinzugezogen? 2. Weiterbehandelnde Ärzte? 3. Wurde der/die Verletzte in ein Krankenhaus eingeliefert? 4. Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung? 5. War der/die Verletzte vollständig gesund oder woran litt er/sie? 6. Wurde der/die Verletzte bereits früher von Unfällen betroffen? 7. Welche Ärzte sind in den letzten zwei Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen worden?	Genaue Anschrift(en) (ggf. Zusatzblatt verwenden): PLZ _____ Ort _____ <input type="checkbox"/> ja, wo _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Vorerkrankungen und behandelnden Arzt angeben/ ggf. Zusatzblatt beifügen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wem wurde der Unfall gemeldet? Genaue Anschrift(en) (ggf. Zusatzblatt verwenden): PLZ _____ Ort _____
13. Bestehen noch bei anderen Gesellschaften Unfallversicherungen/Unfallzusatzversicherungen, Krankenzusatz- oder Zahnzusatzversicherungen Auslandsreiseversicherungen?	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein PLZ _____ Ort _____ VS-Nr. _____
14. Überweisung der Versicherungsleistung soll erfolgen auf:	Konto-Nr.: _____ BLZ: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Institut: _____ Konto-Inhaber: _____

Belehrung

Nach den Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen sind Sie verpflichtet, uns ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten (Obliegenheit des Versicherungsnehmers). Diese Auskunfts- und Aufklärungspflicht beinhaltet auch die richtige Beantwortung der Fragen.
 Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit, d.h. wenn Sie Ihre Sorgfaltspflicht in besonders schwerem Maße verletzt haben, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben oder die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich war, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Ort, Datum

Unterschrift verletzte Person

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers