

# Schadenanzeige

## Unfallversicherung

### Versicherungsnehmer

Herr	Frau	Vorname	Name	Geburtsdatum		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>			

### Angaben zur verletzten Person

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

Vorname	Name	Geburtsdatum		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 (eventuell auf einem gesonderten Blatt)

### Angaben zum Schadenfall

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 der Unfallfolgen**

erstbehandelnder/es  Arzt  Krankenhaus

Name:

Anschrift:

letzbehandelnder/es  Arzt  Krankenhaus

Name:

Anschrift:

Bei Unfalltod bitte folgende Angaben:

Datum:

Uhrzeit:

Sterbeort:

Angaben zum Arzt, der den Tod festgestellt hat

Name:

Anschrift:

### 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:

Anschrift:

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.

Mir 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, Arztberichte, etc.)

- 
- 
- 
- 
-