

# SCHADENANZEIGE UNFALL-VERSICHERUNG

## VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Vorname
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon/Mobil	Fax
Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsschein-Nr.	Schaden-Nr.

## VERLETZTE PERSON

Name	Vorname
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Geburtsdatum	ausgeübter Beruf
Wird körperliche Berufsarbeit ausgeführt? <input type="checkbox"/> Ja Seit wann? <input type="checkbox"/> Nein	

## SCHADENSCHILDERUNG

Schadentag	Uhrzeit
Schadenort	
Was war Anlass, Hergang und Ursache (z. B. Ohnmacht, Schwindel) für den Schaden? <small>Bitte beantworten Sie diese Frage möglichst ausführlich und umfassend (eventuell Skizze beifügen).</small>	
Gibt es Zeugen des Unfalles? <input type="checkbox"/> Ja Bitte Namen, Adressen und Telefonnummern nennen <input type="checkbox"/> Nein	
Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Std. Alkohol getrunken oder stand sie unter Einfluss von Medikamenten oder Rauschmitteln? <input type="checkbox"/> Ja Art und Menge <input type="checkbox"/> Nein	
Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> Ja Mit welchem Ergebnis? ‰ <input type="checkbox"/> Nein	
Ereignete sich der Unfall	
in Ausübung des Berufes, in der Schule?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
auf dem Weg zu oder von der Arbeit bzw. Schule oder schulischen Veranstaltungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
bei einer Tätigkeit im oder für den Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
in sonstigen Lebensbereichen (z. B. Hobby, Sport usw.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

# SCHADENANZEIGE UNFALL-VERSICHERUNG

## SCHADENSCHILDERUNG

Welche Körperteile wurden verletzt?

Art der Verletzung?

Besteht Arbeitsunfähigkeit?  Ja von/bis \_\_\_\_\_ (bitte Bescheinigung beifügen)  Nein

Stationäre Behandlung?  Ja von/bis \_\_\_\_\_ (bitte Bescheinigung beifügen)  Nein

Leidet oder litt die versicherte Person an einem Gebrechen?  Ja an \_\_\_\_\_  Nein

Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten?  Ja Welche Verletzungen hat sie dabei erlitten? \_\_\_\_\_  Nein

Hat sie dafür eine Versicherungsleistung erhalten?  Ja Von wem und wieviel? \_\_\_\_\_  Nein

Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen?

Unternehmen

Versicherungsschein-Nr.

## ENTSCHÄDIGUNGSLEISTUNG

Die Entschädigung soll auf mein Konto bei nachfolgendem Geldinstitut gezahlt werden

Name der Bank

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC

## SCHLUSSERKLÄRUNG

Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Schadenanzeige ausgefüllt hat. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Es ist mir außerdem bekannt, dass sämtliche noch erkennbaren Reste beschädigter Sachen bis zur Besichtigung durch den beauftragten Schadenregulierer zur Wahrung der Ansprüche sorgfältig aufzubewahren sind.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

# SCHADENANZEIGE UNFALL-VERSICHERUNG

## ZUSÄTZLICH BEI VERKEHRSUNFÄLLEN

Was für ein Kraftfahrzeug wurde benutzt?  PKW  LKW  Omnibus  Moped  Kraftrad

Amtliches Kennzeichen

Halter

Lenker

Führerschein des Lenkers Klasse/n

ausgestellt am

von

Wie viele Personen befanden sich insgesamt bei Eintritt des Unfalles im Kraftfahrzeug?

Name	Geburtsdatum	angegurtet
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein