

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Anschrift der Gesellschaft:

VD

Agentur

VS-Nr.

Schaden-Nr.

Schadenanzeige zur **Allgemeinen Unfallversicherung** **Kraftfahrt-Unfallversicherung**
Dieses Formular ist innerhalb von zwei Wochen an den Versicherer zu senden.

1. Versicherungsnehmer

Name/Vorname

Beruf

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

2. Verletzte Person

Name/Vorname

Beruf

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

3. Datum

Uhrzeit

Unfallort

Land

4. Schilderung des Unfalls: Bitte genaue Beschreibung von Ort, Hergang und Ursache (ggf. gesondertes Blatt beifügen)

5. Zeugen (ggf. gesondertes Blatt beifügen)

Name und Anschrift

Wo befand sich der Zeuge?

6. Unfallaufnahme durch die Polizei

nein ja

Dienststelle

Tagebuch Nr.:

7. War die versicherte Person Fahrzeuglenker:

nein ja

wenn ja, war sie im Besitz der nötigen Fahrerlaubnis nein ja

Fahrzeugart:

Kennzeichen:

8. Die verletzte Person hat in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall zu sich genommen?

Alkohol nein ja

Art und Menge

Medikamente nein ja

Art und Menge

Drogen nein ja

Art und Menge

Blutprobenentnahme nein ja

Ergebnis

9. Welche Folgen hatte der Unfall (Art und Umfang der Verletzungen)

10. Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?

nein ja

Name und Anschrift

Aktenzeichen

11. Ärztliche Behandlung der Unfallfolgen nein ja, stationär ja, ambulant

von – bis: _____ ist beendet Weiterbehandlung ist geplant ja, stationär ja, ambulant

12. Mit Dauerfolgen aufgrund des Unfalls ist zu rechnen nein ja unbekannt

(falls die Frage mit ja beantwortet wurde, bitten wir um nähere Angaben zu den möglichen Dauerfolgen)

13. Bei tödlichem Ausgang

Datum _____ Uhrzeit _____ Sterbeort _____

den Tod feststellender Arzt – Name und vollständige Anschrift:

14. Die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen erfolgte durch:

erstbehandelnder Arzt erstbehandelndes Krankenhaus letztbehandelnder Arzt letztbehandelndes Krankenhaus

Name und vollständige Anschrift:

Name und vollständige Anschrift:

15. Leidet oder litt die versicherte Person an einer erheblichen, d.h. eine regelmäßige Behandlung erfordernde, zu mehr als 14 tägiger Arbeitsunfähigkeit oder zu einer stationären Behandlung führenden Krankheit; an Gebrechen; an Unfallfolgen (ggf. gesondertes Blatt beifügen)? nein ja, falls ja

Art der Krankheit _____ des Gebrechens _____ der Unfallfolgen _____

welche Ärzte behandelten die genannten Erkrankungen / Gebrechen / Unfallfolgen – Name und Anschrift

16. Hat die versicherte Person bereits früher Unfälle erlitten

(ggf. gesondertes Blatt beifügen) nein ja

Datum: _____

Folge: _____

17. Bestehen für die versicherte Person weitere Unfall-, Insassenunfall, Lebensversicherungen mit Unfallzusatz nein ja

bei Gesellschaft: _____

Anschrift _____

Aktenzeichen _____

18. Nur ausfüllen wenn eine Insassenunfallversicherung besteht:

Fahrer: _____ War er berechtigter Fahrer? nein ja

Name und Anschrift _____

Führerscheinklasse _____ Alter _____

Fahrzeugdaten:

Typ _____

amtl. Kennzeichen _____

kW/PS/ccm/to _____

Zahl der vorhandenen Plätze _____

Anzahl der Insassen _____

die verletzte Person hatte den Gurt angelegt nein ja

19. Zahlung erbeten an:

Bank-/Postverbindung _____

BLZ _____

Konto-Nr. _____

Inhaber _____

Schweigepflichtsentbindungserklärung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Überprüfung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den 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 vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich Sie von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – außer Sozialversicherungsträger -, ferner für die Angehörigen von anderer Unfall-, sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/ den gesetzlich von mir vertretenen _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Wichtige Hinweise:

Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieses Formulars auch dann verantwortlich bin, wenn ich es nicht selbst ausgefüllt habe.

Datum _____

Unterschrift Versicherungsnehmer _____

Unterschrift des Verletzten oder seiner Angehörigen _____