

SCHADENANZEIGE

Unfall-Versicherung

Seite 1

Versicherungsnehmer

Name:	Vorname:
Straße/Haus-Nr.:	PLZ/Ort: <input type="text"/>
Telefon-Nr.:	Fax-Nr.:
Versicherungsgesellschaft:	
Versicherungsschein-Nr.:	Schaden-Nr.:

Verletzte Person

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

Schadenschilderung

Schadentag: <input type="text"/>	Uhrzeit: <input type="text"/>
Schadenort: <input type="text"/>	
Was war Anlass, Hergang und Ursache (z. B. Ohnmacht, Schwindel) für den Schaden? Bitte beantworten Sie diese Frage möglichst ausführlich und umfassend (eventuell Skizze beifügen).	
Gibt es Zeugen des Unfalles? <input type="checkbox"/> Ja Bitte Name und Adresse nennen: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein	
Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Straße/Haus-Nr.: <input type="text"/>	PLZ/Ort: <input type="text"/>
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="text"/> <input type="checkbox"/> Nein	
Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> Ja mit welchem Ergebnis? <input type="text"/> % <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

Seite 2

Welche Körperteile wurden verletzt?	
Art der Verletzung?	
Besteht Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja von/bis: _____ (bitte Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein
Stationäre Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja von/bis: _____ (bitte Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein
Leidet oder litt die versicherte Person an einem Gebrechen? <input type="checkbox"/> Ja an _____	<input type="checkbox"/> Nein
Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten? <input type="checkbox"/> Ja Welche Verletzungen hat sie dabei erlitten?	<input type="checkbox"/> Nein

Hat sie dafür eine Versicherungsleistung erhalten? <input type="checkbox"/> Ja Von wem und wieviel?	<input type="checkbox"/> 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:	
Konto-Nr.:	Bankleitzahl:

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

Seite 3

Zusätzlich bei Verkehrsunfällen

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

Amtliches Kennzeichen:

Halter:

Lenker:

Führerschein des Lenkers

Klasse:

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