

Schadenanzeige Unfallversicherung

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen.

Schaden-Nr.

_____._____._____-____

Versicherungsschein-Nr.

_____-_____-_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Bei mehreren Verletzten bitte jeweils 1 Formular ausfüllen.

Versicherungsnehmer: Vorname, Name und Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Wohnort)		
Geburtsdatum	Telefon tagsüber	E-Mail

Verletzte Person/Versicherter: Vorname, Name und Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Wohnort)		
Geburtsdatum	Telefon tagsüber	E-Mail
Beruf		



Unfalldatum				Unfallort
Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	

Unfallhergang: Wie hat sich der Unfall ereignet? Bitte ausführliche Schilderung!

Ereignete sich der Unfall während der beruflichen Tätigkeit? Nein Ja

Auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte? Nein Ja

Wenn die hier vorgesehene Fläche nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt beifügen.

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche Art und Menge?	Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Ergebnis _____ ‰
--	--

Polizeiliche Aufnahme <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anschrift der Polizeidienststelle	Tagebuch-Nr.	AktENZEICHEN der Staatsanwaltschaft
---	--------------	-------------------------------------

Art und Umfang der Verletzungen (Diagnosen)

Erste ärztliche Hilfe	Name und Anschrift des Arztes oder Krankenhauses
Datum	Uhrzeit
<hr/>	<hr/>

Stationäre Behandlung	Name und Anschrift des Krankenhauses
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?	
Aufnahmetag	Entlassungstag
<hr/>	<hr/>

Wurde die verletzte Person ambulant weiter behandelt?

Nein Ja, Name und Anschrift des behandelnden Facharztes

Führt der Unfall voraussichtlich zu einer Invalidität (dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit)?

Nein Ja

Bestehen **unfallunabhängige** Vorerkrankungen oder geistige bzw. körperliche Beeinträchtigungen?

Nein Ja, welche?

Frühere Unfälle

Nein Ja, wann?

Welche Versicherung oder Berufsgenossenschaft zahlte eine Entschädigung?

Ist die versicherte Person noch bei anderen Gesellschaften gegen Unfallfolgen versichert?

Nein Ja, bei Unfallversicherer (Name und Anschrift):

Versicherungsschein-Nr.	Schaden-Nr.
-------------------------	-------------

Allgemeine Hinweise: Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieses Verhaltens (Obliegenheit) hat für Sie folgende Konsequenzen: Verletzen Sie eine Obliegenheit vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Verletzen Sie eine Obliegenheit grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit diese weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

Versicherungsnehmer:	Verletzte Person bzw. Erziehungsberechtigte(r):
Datum	Datum
Unterschrift	Unterschrift

