

Schadenanzeige: Unfallversicherung

Versicherungsnehmer

Versicherer

Name: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____

<= betreuender Makler
VM-Nr.: _____

Melddatum: _____ (von VN gemeldet)

Schadentag: _____ um _____ Uhr

Entdeckt am: _____ um _____ Uhr

Von: _____

Unfallversicherung

Vertragsnr.: _____ Schaden-Nr.: _____

Eingang beim Makler: _____ Weiterleitung am: _____ von: _____ per: Fax Post

Der Eingang der Schadensmeldung muß vom Makler bestätigt werden!

Angaben zum Schaden: Unfall-Schadenanzeige zu Versicherungs-Nr.: _____

Unfallverletzte Person: a) _____
b) _____

Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____ Schadenort: _____

Unfallhergang:

- Die genaue Schadenmeldung wird von versicherter Person erst später abgegeben, da diese Person sich derzeit in stationärer Behandlung befindet. Klinik: _____
- Versicherte Person ist verstorben, Schadenmeldung folgt.
- Schadenmeldung vorab, mündlich; gemeldet an: _____ der Gesellschaft.

Weitere Fragen zum Schaden:

Art der Verletzung, wenn bekannt: _____

Wann erfolgte die 1. ärztliche Behandlung wegen des Unfalls? _____

Durch welchen Arzt erfolgte diese erste Behandlung? _____

Welche Ärzte wurden noch hinzugezogen? _____

Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt? (bei KHTG bitte Beleg incl. Diagnose vom Krankenhaus nachreichen!)

ja, Klinik: _____ von: _____ bis: _____

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

nein ja, Dienststelle: _____ Tagebuch-Nummer: _____

Sind Zeugen vorhanden?

nein ja, Name/Adresse: _____

Hat die Person(en) innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?

nein ja; folgende: _____

Ist eine Blutprobe erfolgt?

nein ja, Ergebnis: _____ ‰

Seite 2, Versicherungsnehmer: _____

Fragen zu den Versicherungsverhältnissen:

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Verletzte versichert? _____

Bei Arbeitsunfall Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft: _____

Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen der Verletzten

nein ja, seit/bis: _____
Versicherer: _____ Versicherte Person: _____

Bestanden oder bestehen Lebensversicherungen / Berufsunfähigkeitsversicherungen? (wenn relevant)

nein ja, und zwar: 1. _____
2. _____
3. _____

-39Bei Kraftfahrzeug-

Fahrzeugart: PKW LKW Krad Fahrrad

Fahrer des Fahrzeuges: _____ Führerschein-Datum: _____

Ggf. Führerschein-Nr.: _____

Halter des Fahrzeuges: _____

Versichert bei: _____

Wieviele Insassen befanden sich im Fahrzeug?

Hatte sich der Verletzte angeschnallt? nein ja

Sonstige Fragen:

Welche Vorerkrankungen hat die verletzte Person(en) bisher durchgemacht?

Hat die verletzte Person(en) schon vor diesem Unfall Verletzungen

nein ja, folgende: _____

Worin bestand die hauptberufliche Tätigkeit des/der Verletzten vor dem Unfall?

Vorstehende Fragen wurden nach bestem Gewissen beantwortet. Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit dem Versicherer gegenüber von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Datum: _____

Ort: _____

Unterschrift der versicherten Person(en) / VN: **X** _____
(Unterschrift)