

Unfall-SCHADENANZEIGE

Versicherungsnehmer:

Zu Schadenereignis vom: _____

Vers.-Gesellschaft: _____

Vers.-Schein-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Telefon-Nr.: _____

Bitte beachten Sie: Nach Gesetz (VVG) und den Vertragsbedingungen hat der Versicherungsnehmer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Zu dieser Rechtsbelehrung sind wir in Ihrem Interesse verpflichtet.

1. Versicherungsnehmer/Firma		
a) Name, Vorname		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Geburtsdatum		

2. Schaden		
a) Schadentag	Datum	Uhrzeit
b) Schadenort		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
c) Wer wurde Verletzt		
Name	Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Geburtsdatum		
Berufliche Tätigkeit		
3. Schadenhergang		

4. Zeugen			
a) Name, Vorname			
Straße Hausnummer	PLZ, Ort		
b) Name, Vorname			
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort		
c) Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?			
d) Dienststelle		Tagebuchnummer	
Benutzte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt ein	PKW	Krad	LKW
Kraftfahrzeug	Fahrrad	sonstige	
War er der Fahrer			
Ist er im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis			
Hat der Verletzte vor der oder nach dem Unfall Alkohol,			
Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?			

In welchen Zeitraum vor oder nach dem Unfall wurden
Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel aufgenommen
Art und Menge des Alkohols, der Medikamente oder der
Rauschmittel?

5) Verletzungsumfang
a) Welche Verletzungen sind aufgetreten?
Welche Folgen hat der Unfall gehabt ?
Beginn der ärztlichen Behandlung
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes
Name und Anschrift des Krankenhauses
Name und Anschrift des derzeit behandelnden Arztes
Bei tödlichen Ausgang: Wann und wo ist der Tod
Eingetreten?
Welcher Arzt hat den Tod festgestellt?
Ist der Verletzte auch noch bei anderen Gesellschaften
Unfallversichert?
Name und Versicherungsscheinnummer
Ist der Verletzte bei einer Berufsgenossenschaft versichert?
Ist der Verletzte Krankenversichert?

Ihre Bankverbindung :	Institut:
Konto-Nr.:	BLZ:

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der Gesellschaft Auskünfte zu erteilen.	
Ort, Datum	Unterschrift VN

Vorstehende Fragen sind von mir nach bestem Wissen wahrheitsgetreu beantwortet. Die Hinweise vor den Fragen habe ich gelesen, zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers