

**Schadenanzeige  
Unfallversicherung**

Vermittler Stempel

Vermittler-Nr.

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir erhielten Kenntnis von dem Schadenfall und bitten Sie, uns die Schadenanzeige genau und vollständig sofort zurückzusenden. Durch sorgfältiges Ausfüllen ersparen Sie uns Rückfragen und ermöglichen eine schnelle Bearbeitung.

Hinweis:  
Nachstehende Fragen sind wahrheitsgetreu und ausführlich nach bestem Wissen zu beantworten. Bei bewusst unwahren oder unvollständigen Angaben, Verschweigen oder Entstellen von Tatsachen können Sie den Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn uns hierdurch kein Nachteil entsteht.

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Schadentag und -uhrzeit \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des versicherten Verletzten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stand oder Beruf

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Verletzten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wohnort, Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Konto bei Bank/Sparkasse

Bankleitzahl

Kontonummer

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann ereignete sich der Unfall?

Datum

Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wo und bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat der Versicherte den Unfall erlitten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wodurch ist der Unfall verursacht worden? Ausführl. Schilderung.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalls angegeben werden? Name und Anschrift

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat der Unfall Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt? Wenn ja, inwieweit?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat sich der Unfall ereignet bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges?

ja

nein

Wenn ja, Art des benutzten - versicherten - Fahrzeuges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges Vor- und

Zuname, genaue Anschrift, Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Führerschein des Lenkers

Klasse

ausgestellt am

durch

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde der Vorfall polizeilich aufgenommen? Falls ja, durch welche Polizeidienststelle?

ja

nein

Wurde von dem Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges eine Blutprobe entnommen?

ja

nein

Ergebnis? \_\_\_\_\_

Wie viele und welche Personen befanden sich zur Unfallzeit in \_\_\_\_\_  
bzw. auf dem Kraftfahrzeug? \_\_\_\_\_

An welchem Tage hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung  
begeben? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt übernahm die Erstbehandlung? \_\_\_\_\_

Falls stationäre Krankenhausaufnahme, Anschrift \_\_\_\_\_

Aufenthaltsdauer? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes \_\_\_\_\_

Welchen Arzt oder welche Ärzte hat der Versicherte in den letzten  
Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen? Aus welcher  
Veranlassung und wann ist dies geschehen? \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen  
Unfälle versichert? Bei welcher und wie hoch?  
Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_

Hat der Versicherte früher Unfälle erlitten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht bei einer Krankenkasse oder einer Berufsgenossenschaft  
Versicherungsschutz? Genaue Anschrift erbeten. \_\_\_\_\_

Ich erkläre hierdurch, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Gleichzeitig ermächtige ich die von der Gesellschaft evt. befragten Ärzte zur Auskunftserteilung über mich. Jeden Arztwechsel werde ich unverzüglich anzeigen.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Unterschrift des Verletzten \_\_\_\_\_

Von der Vertretung auszufüllen!

Letzter Beitrag gezahlt am \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

sonstige Bemerkungen \_\_\_\_\_

**Bitte vom Krankenhaus/Arzt bestätigen lassen, sofern Krankentagegeld oder Tagegeld versichert gilt.**

Versicherungsscheinnummer \_\_\_\_\_ Unfallschadensnummer \_\_\_\_\_

**Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder stationären Krankenhausaufenthalt**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

**war wegen der Folgen des Unfalls vom \_\_\_\_\_**

**DIAGNOSE** \_\_\_\_\_

in stationärer Behandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in stationärer Behandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

arbeitsunfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu % \_\_\_\_\_

arbeitsunfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu % \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_