

Sparte,
Produkt:

Unfall

[pma:]

Finanz- und Versicherungsmakler
Sie haben die Wahl.

Titel:

Schadenanzeige

Name/Anschrift der Gesellschaft

VN:

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,
eine rasche Bearbeitung des Schadens ist nur möglich,
wenn
Sie die nachstehenden Fragen ausführlich beantworten
und die Schadenanzeige schnell zurücksenden

Vers. -Schein-Nummer: _____
Unfalltag Monat Jahr Uhrzeit (0-24)

Schaden-Nummer: _____
wenn genauer Schadenzeitpunkt nicht bekannt
frühestens am _____
spätestens am _____

Unfallort (genaue Bezeichnung, PLZ, Ort, Straße, Haus-Nummer, Räumlichkeiten usw.)

Angaben zur versicherten Person:

Name, Vorname Geb.-Datum Telefon-Nummer

PLZ/Anschrift Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Unfallhergang und Tätigkeit z.Zt. des Unfalls (bitte genaue Schilderung):

Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten? Welche Körperteile sind betroffen?

polizeil. aufgenommen

☐ nein ☐ ja

Anschrift der Dienststelle, Tagebuch-Nr.

gebührenpflichtig verwahrt/angezeigt?

☐ nein ☐ ja, ggf. wer?

Alkohol vor dem Unfall getrunken? ☐ nein ☐ ja Blutprobe entnommen? ☐ nein ☐ ja Menge _____%

Welche Personen waren bei dem Unfall anwesend? (Bitte Namen und Adresse angeben)

Bei welcher anderen Gesellschaft ist der Versicherte gegen Unfall versichert? Ggf. seit wann?

Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte:

Welcher Krankenkasse oder -versicherung gehört der Verletzte an?

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?

Bei Kfz-Insassenunfallversicherung sind zusätzlich nachstehende Fragen zu beantworten

Amtliches Kennzeichen: _____ Fahrzeugart (PKW, LKW usw.): _____

Fabrikat und Typ: _____

Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers: _____

Gültiger Führerschein: Klasse _____ Ausstellungsdatum: _____

Namen und Anschriften der verletzten INSASSEN

Geburtsdatum

Beruf

Sparte,
Produkt:

[pma:]

Titel:

Schadenanzeige

Finanz- und Versicherungsmakler
Sie haben die Wahl.

Hatten die verletzten Personen bei Schadeneintritt einen Sicherheitsgurt angelegt? ☐ ja ☐ nein

Gesamtzahl aller im Fahrzeug befindlichen Insassen (einschl. Fahrer?) _____ Personen

Unterschriften / Zahlungen

Der Versicherungsnehmer ist für Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person sie niederschreibt. Wer vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht, verliert seinen Versicherungsschutz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese unrichtigen oder unvollständigen Angaben kein Nachteil entsteht.

(Ort) (Datum) (Unterschrift Verursacher) (Unterschrift Vers.-Nehmer)

Zahlungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber Geldinstitut Bankleitzahl Kontonummer

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Die Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlichen vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

(Ort) (Datum) (Unterschrift/Tel.-Nr. des Versicherten/Verletzten/Versicherungsnehmers)

Bitte vor Rückgabe der Schadenanzeige vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Stationäre Behandlung von _____ bis _____

in _____

Beginn der Behandlung? am _____

Objektiver Befund? _____

Stand der Verletzte unter Alkoholeinfluss? ☐ ja ☐ nein

Diagnose _____

Bestehen unfallunabhängige Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde der Unfall durch diese Erkrankungen veranlasst oder begünstigt, bzw. wird der Heilungsverlauf oder die Behandlung dadurch erschwert? _____

Ist wegen der Unfallfolgen mit einer dauernden Beeinträchtigung zu rechnen? ☐ ja ☐ nein

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte **allein auf die Berufstätigkeit** des Verletzten abstellen

Zu wie viel Prozent und für welchen Zeitraum war zu _____ % vom _____ bis _____
der Verletzte wegen der Unfallfolgen arbeitsunfähig, zu _____ % vom _____ bis _____
bzw. ist es noch? zu _____ % vom _____ bis _____

Wann wird die ärztl. Behandlung abgeschlossen sein? _____

(Ort) (Datum) Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)