

SCHADENANZEIGE UNFALLVERSICHERUNG

Ihre Schaden-Nr.:	BB Schaden-Nr.:
Versicherer:	Versicherungsschein-Nr.:
Versicherungsnehmer	Versicherte Person
Name/Firma: Ansprechpartner: Straße: PLZ, Ort: Tel.:	Name: Straße: PLZ, Ort: Geburtsdatum: Beruf: Tel.:
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Anspruchsteller bei Ihnen beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schadenhergang/Schadenhöhe	
Schadentag:	Uhrzeit:
Ort:	
Ursache und Hergang des Vorfalles? <small>(detaillierte Beschreibung)</small>	
Wurde der Fall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Dienststelle und Tagebuch-Nr.:	
Gab es Zeugen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Name, Anschrift, Telefon:	
Wurde der versicherten Person eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, mit welchem Ergebnis?	
Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Art und Menge?	
Ist der Unfall aufgrund einer vorher eingetretenen Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht) eingetreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Arbeitsunfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, ggf. zuständige Berufsgenossenschaft:	
Fragen zur verletzten Person	
Ist die versicherte Person wieder arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, seit wann?	
War die versicherte Person als Führer eines Fahrzeugs im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>Welche Verletzungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind durch den Unfall eingetreten? <small>(detaillierte Beschreibung)</small></p>	
<p>War die verletzte Person bis zum Unfall völlig gesund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nicht, an welchen Erkrankungen oder Gebrechen hat die verletzte Person vor dem Unfall gelitten?</p>	
<p>Bezieht oder Bezog die verletzte Person vor dem Unfall Rentenzahlungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Grund des Rentenbezugs?</p>	
<p>Ist oder war die verletzte Person auch noch bei anderen Gesellschaften unfallversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte Name der Gesellschaft und Vers.-Nummer angeben:</p>	
<p>Welcher Arzt leistete erste Hilfe</p>	
<p>Name: Straße: PLZ, Ort: Telefon:</p>	
<p>Fragen zur Behandlung <small>(Welche Ärzte behandelten weiter? (ggf. auch Anschrift des Krankenhauses)</small></p>	
<p>Name: Straße: PLZ, Ort: Telefon:</p>	
<p>Wie lange hat die stationäre Behandlung gedauert?</p>	
<p>Wie lange wird die stationäre Behandlung im Krankenhaus voraussichtlich noch dauern?</p>	
<p>Wie lange wird die ambulante Behandlung voraussichtlich noch dauern?</p>	
<p>Bankverbindung</p>	
<p>Kontoinhaber <small>(Vorname, Name)</small></p>	
<p>Kreditinstitut</p>	
<p>IBAN</p>	<p>BIC</p>

Kreuzen Sie bitte das zutreffende an. Striche, sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung. Alle Fragen sind wahrheitsgemäß nach bestem Wissen zu beantworten. Es ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum

Unterschrift