

Schadenmeldung Unfall

| | |
|----------------------------|----------------|
| Versicherungsgesellschaft: | Polizzenummer: |
|----------------------------|----------------|

VERSICHERUNGSNEHMER

| | |
|--|--|
| Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma | |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer | |
| Telefonnummer | |
| Beschäftigung und Nebenbeschäftigung | |

VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Vor- und Zuname | Geburtsdatum |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer | |
| Telefonnummer | |
| Beschäftigung und Nebenbeschäftigung | |

EREIGNISBESCHREIBUNG

| | |
|----------------------|-----|
| Schadendatum/Uhrzeit | Ort |
|----------------------|-----|

| |
|--|
| Behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Von wem? Geschäftszahl: |
|--|

| |
|--------------------------------|
| Genaue Sachverhaltsdarstellung |
|--------------------------------|

FALLS DIE VERLETZTE PERSON KFZ-LENKER WAR:

| | | | |
|--------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| Führerscheinnummer | Gruppe(n) | ausgestellt am: | ausgestellt von |
|--------------------|-----------|-----------------|-----------------|

ALLGEMEINE FRAGEN

| |
|---------------------|
| Art der Verletzung? |
|---------------------|

| | |
|------------------------|--------------------|
| Arbeitsunfähigkeit von | bis einschließlich |
|------------------------|--------------------|

| | |
|-----------------------------------|---|
| Voraussichtliche Behandlungsdauer | Name und Adresse des behandelnden Arztes? |
|-----------------------------------|---|

| | | | | |
|-------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|-----|
| Krankenhaus | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär | von | bis |
|-------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|-----|

| |
|---|
| Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? |
|---|

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> möglicherweise | |
| Handelt es sich um einen Freizeitunfall? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn „JA“ bei welchen Gesellschaften? | | |
| Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogen-Missbrauch etc.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn JA, wie? | | |
| Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

BANKVERBINDUNG

| | | |
|---------------------------------------|---------------------|--------------|
| Entschädigungszahlung an Kontoinhaber | Bankleitzahl / Bank | Konto-Nummer |
|---------------------------------------|---------------------|--------------|

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

- a) Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der zuständigen Versicherungsgesellschaft über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- b) Ich bevollmächtige die zuständige Versicherungsgesellschaft sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

| | | |
|------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift des Verletzten | Unterschrift des Versicherungsnehmers |
|------------|-----------------------------|---------------------------------------|