

UNFALLSCHADENANZEIGE

Bitte vollständig und innerhalb einer Woche zurücksenden.
Eine zügige Bearbeitung ist nur bei vollständigen
Angaben gewährleistet



SCHADEN - NR. _____

1.) Zu- und Vorname der verletzten Person _____ Geburtsdatum _____

2.) Anschrift _____ tatsächlich ausgeübter Beruf _____

3.) Telefon privat _____ Telefon beruflich _____

4.) Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

5.) Bankverbindung _____ BLZ _____ Kontonummer _____

| Policen-Nr. | Tarifart | Policen-Nr. | Tarifart |
|-------------|----------|-------------|----------|
| | | | |
| | | | |

6.) Unfalldatum _____ Unfallzeit _____ Genauer Unfallort _____

7.) Unfallursache und -hergang (bitte ausführlich beantworten, ggf. Skizze beifügen) _____

8.) Namen und Anschrift von Unfallbeteiligten _____

9.) Namen und Anschrift von Zeugen _____

10.) Anschrift und Aktenzeichen der unfallaufnehmenden Polizeidienststelle _____

11.) Welcher Art ist die Verletzung? _____

12.) In welchem Zeitraum haben Sie unfallbedingt überhaupt nicht _____ teilweise nicht: _____ gearbeitet?
(Diese Frage bedeutet bei Kindern: Beeinträchtigung der normalen Tätigkeiten wie Schule, Kindergarten, Spiel usw.)

13.) Waren Sie vor Eintritt des Unfalls völlig gesund und arbeitsfähig? Ja Nein

14.) a) Haben Sie in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Ja Nein

b) Wurde Ihnen eine Blutprobe entnommen Ja Nein

15.) Name, Anschrift und Telefonnummer aller behandelnden Ärzte _____

16.) Name und Anschrift der behandelnden Klinik _____

17.) Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung _____ Wurde der Unfall dort gemeldet? Ja Nein

18.) Name, Anschrift und Versicherungsnummer weiterer Unfallversicherungen _____ Wurde der Unfall dort gemeldet? Ja Nein

19.) Name, Anschrift und Betriebsnummer Ihrer Berufsgenossenschaft _____ Wurde der Unfall dort gemeldet? Ja Nein

20.) Beziehen Sie Unfall- oder sonstige Renten? Ja Nein Falls ja, seit wann und weswegen? _____

21.) Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Unfälle? Ja Nein Falls ja, wann und welcher Art? _____

Ich stimme im Sinne des Datenschutzgesetzes ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherungsträgern, Versicherungsunternehmen, sonstige Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzieht und diese Daten an den Versicherer übermittelt werden; ich entbinde die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.

Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Die Fragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters _____ Unterschrift des Versicherten _____

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

zur Vorlage bei einer privaten Unfallversicherung

SCHADEN - NR. _____

1.) Zu- und Vorname des Patienten Geburtsdatum

Strasse / Nr tatsächlich ausgeübter Beruf des Pati-

PLZ / Ort Telefon beruflich

2.) Unfalldatum Unfallzeit

Unfallursache und -hergang

3.) Wann und wo hat sich der Verletzte erstmals in ärztliche Behandlung begeben?

4.) An welchen weiteren Tagen wurde der Verletzte behandelt?

5.) Befund Diagnose

6.) Stand der Verletzte unter Alkohol-, Rauschmittel- oder Medikamenteneinfluss? Ja Nein

7.) Mit welchem prozentualen Anteil wirken Krankheiten oder Gebrechen ggf. bei den Unfallfolgen mit (Angaben bitte in %)?
_____ %

8.) Sind Vorerkrankungen ursächlich für den Unfall (insbesondere Geistes- oder Bewusstseinsstörungen) Ja Nein

9.) Besonderheiten

10.) Nur für den Fall der stationären Behandlung auszufüllen.

In welchem Zeitraum befand sich der Patient in stationärer Behandlung? von _____ bis _____

Bitte fügen Sie auch eine Kopie des Krankenhausberichtes dieser Schadenanzeige bei.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes