

Schadenanzeige

Unfall

Versicherungsschein-Nr.	Versicherer
Schadeneintritt	Schadenort
Datum _____	Straße _____
Uhrzeit _____	PLZ, Ort _____
Versicherungsnehmer	Versicherte Person
Name, Vorname _____	Name, Vorname _____
Straße _____	Geburtsdatum _____
PLZ, Ort _____	Straße _____
Tel. tagsüber _____	PLZ, Ort _____
E-Mail _____	Tel. tagsüber _____
	E-Mail _____
	Beruf _____
Bankverbindung für Zahlungen	
IBAN-Nr. _____	BIC-/SWIFT-Code _____
Schadenhergang: Bitte schildern Sie den genauen Schadenhergang (wenn notwendig separates Blatt beifügen)	
Verletzte Körperteile und Art der Verletzung	
Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen	
Datum _____	Uhrzeit _____
Name und Anschrift des Arztes	
Stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift Krankenhaus	
Dauer der Arbeitsunfähigkeit	
von _____	bis _____
Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dienststelle _____	Tagebuchnummer _____
Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art und Menge _____
Wurde eine Blutprobe genommen?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis der Blutprobe in Promille _____
Gibt es Vorerkrankungen?	
<p>Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben prüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache, oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlasste Mitteilungen eines Krankenhauses bzw. von Angehörigen von Heilberufen ergeben.</p> <p>Zu diesem Zwecke befreie ich von ihrer Schweigepflicht die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung einer Leistungspflicht im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; ferner für die Angehörigen anderer Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherer, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich auch ab für den Fall, dass die verletzte Person von mir vertreten wird und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.</p>	

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Verletzten