

# SCHADENANZEIGE

Unfall



## Wichtige Daten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Versicherungsschein-Nr.	Unfallort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schadennummer	Unfalldatum	Unfallzeit (Uhrzeit)

## Angaben zum Versicherungsnehmer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anrede	Titel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name	Vorname		Telefon privat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Hausnummer		Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Wohnort		Mit Eintrag der E-Mail-Adresse stimme ich dem Schriftverkehr per Mail zu.
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Beruf des Versicherungsnehmers	Betrieb des Versicherungsnehmers		

## Unfallhergang (ausführliche Schilderung, ggf. Zeugen angeben)

## Angaben zur verletzten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname		Familienstand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Hausnummer		Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	selbständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
PLZ	Wohnort		

## Polizeilich aufgenommen

nein  ja durch Meldung bei der Polizeidienststelle:

Tagebuch-Nr.  Anzeige/Verwarnung  nein  ja gegen:

## Personenschaden

Ärztliche Hilfe Datum  Uhrzeit

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Stationäre Behandlung im Krankenhaus wegen des Unfalles  ja  nein Aufnahme-tag  Entlassungstag

Name und Anschrift des Krankenhauses

Arbeitsunfähig von  bis

Name und Anschrift des neu behandelnden Arztes

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Liegt ein Berufsunfall vor?  ja  nein oder ein Freizeitunfall  ja  nein

Ist der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewußtseinsstörung (Ohnmacht, Schwindelanfall oder dgl.) entstanden?  ja  nein

Hatte der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol,  ja  nein Blutprobe  ja  nein  
Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?

Verletzte Körperteile und Art der Verletzung

Besteht oder bestand bei der verletzten Person eine Grunderkrankung oder war ein Gebrechen bekannt?  
(z.B. Diabetes, Epilepsie, Arthrose, Osteoporose)  nein  ja, und zwar

Welcher Arzt behandelt (-e) diese Erkrankung bzw. das Gebrechen? Name und Anschrift

Von welcher Stelle bezieht der Verletzte deshalb eine Rente    
Anschrift u. Aktenzeichen Erwerbsminderungsgrad in %

Bestanden oder bestehen noch weitere Unfallversicherungen   
Name und Anschrift der Gesellschaft

Bestanden oder bestehen noch weitere Lebensversicherungen   
Name und Anschrift der Gesellschaft

Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verletzte an?   
Anschrift u. Aktenzeichen

Wurde der Unfall dort gemeldet?  ja  nein

Welcher Krankenversicherung gehört der Verletzte an?   
Anschrift u. Aktenzeichen

## Kfz-Unfall

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Fahrzeuglenkers	Vorname	Führerscheinklassen	Amtliches Kennzeichen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrzeugart	Fahrgestell-Nr.	Ausstellungsbehörde	Listen-Nr.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Hatte der Fahrer zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein		Wurde eine Blutprobe entnommen	Ergebnis in ‰

Beifahrer und Insassen (bitte Namen u. Geburtsdaten sämtlicher Personen angeben)

Ist eine dieser Personen beim Versicherungsnehmer als Fahrer oder Beifahrer angestellt?  ja  nein

Welche Personen waren zum Unfallzeitpunkt nicht angegurtet

## Bankverbindung für Entschädigungszahlung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konto-Nummer	Bankleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geldinstitut	Konto-Inhaber - wenn abweichend ggf. Unterschrift

## Wichtige Hinweise

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 sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindung 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.

Die Mitarbeiter des Versicherers entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Gegebenenfalls gebe ich diese Erklärung für die von mir gesetzlich vertretene versicherte Person ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe.

Es ist uns gesetzlich vorgeschrieben, Sie auf die nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten und die Rechtsfolgen im Falle der Zuwiderhandlung hinzuweisen:

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
2. Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; vom Versicherer darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
3. Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
4. Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn dem Versicherer der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Bei Verletzung dieser Obliegenheiten kann der Versicherungsschutz gänzlich entfallen oder der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte ist zur Kürzung der Leistung berechtigt. Bei vorsätzlich falschen Angaben entfällt der Versicherungsschutz nur dann nicht, sofern diese Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Versicherungsleistung ursächlich war. Dies gilt nicht bei Arglist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem angemessenen Verhältnis zum Verschuldensgrad zu kürzen, soweit auch hier ein kausaler Zusammenhang besteht. Die Beweislast für das Nichtvorliegen von grober Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzl. Vertreters