

Schadenanzeige v. Agentur aufgenommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		Schadenanzeige von Agentur weitergeleitet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	
Versicherungsnummer		Schadensnummer (sofern bekannt)	
Versicherungsnehmer (Vorname, Name)			
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)			
LKZ	PLZ	Wohnort	

VD / Agentur-Nr.	Kennung
	0 1 2 2 4
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Telefon	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

Versicherungsnehmer (VN)

Allgemeine Schadendaten

Schadenzeitpunkt (Datum / Uhrzeit)		Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung (Datum)	
		<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> Vermittler <input type="checkbox"/> schriftlich bei <input type="checkbox"/>	
Schadenort (Straße und Hausnummer)			
LKZ	PLZ	Wohnort	

Polizeiliche Aufnahme

Aufnahmedatum / Dienststelle	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, am /	

Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.

Angaben zu Schadenbeteiligten

1. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
(Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Geburtsdatum
Telefon		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

2. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
(Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Geburtsdatum
Telefon		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

3. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
(Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Geburtsdatum
Telefon		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

4. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
(Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Geburtsdatum
Telefon		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

5. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Erstbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
(Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Geburtsdatum
Telefon		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

Weitere Schadenbeteiligte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen.)
--

Angaben zu Unfallhergang und Schadensausmaß

Kurze, möglichst **eindeutige Schilderung** zum Unfallhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.

Gesondertes Blatt nein ja
Skizze nein ja

Was wird als Unfallursache angenommen?

Weitere Angaben zur verletzten versicherten Person

Wurde eine Blutalkoholprobe abgenommen nein ja, Ergebnis _____ ‰
Wurde innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen nein ja, Art und Menge: _____
Ist der Unfall auf eine vorher eingetragene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen nein ja, und zwar _____
Als Lenker eines Fahrzeugs: Führerschein gültig nein ja, und zwar Führerscheinklasse _____ / Fahrzeugart _____

Leidet oder litt die versicherte Person an einer ersten Erkrankung oder einem Gebrechen nein ja, und zwar _____
Welcher Arzt behandelte diese Erkrankung? **Name und Anschrift siehe** . **Schadenbeteiligter**
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente nein ja, wegen Erwerbsminderung von _____ % von (Stelle) _____ / Aktenzeichen: _____
Hat die versicherte Person frühere Unfälle erlitten nein ja, am _____ / Verletzungsart _____
Hat Sie dafür Invaliditätsleistungen erhalten nein ja, am _____ von (Stelle) _____ / Aktenzeichen: _____

Anderweitiger Unfallversicherungsschutz für die versicherte Person Name der Gesellschaft _____ Versicherungsnummer _____
– eigene Unfallversicherung nein ja, seit _____
– fremde Unfallversicherung (z.B. Arbeitgeber) nein ja, seit _____

Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft) nein ja, und zwar bei _____

Personenschaden

Name und Anschrift siehe . **Schadenbeteiligter** Anzahl der Personen im Fahrzeug _____

Beschreibung der Verletzung

Befreiung des Verletzten mit Rettungsschere Abtransport mit Rettungshubschrauber Transport in Spezialklinik

Arbeitsunfähigkeit nein ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen

Ambulante Behandlung nein ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen

Stationäre Behandlung nein ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen

Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt wurde VN ausgehändigt versicherten Person ausgehändigt wurde nicht ausgehändigt

Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt folgt vom Krankenhaus liegt bei (vom Krankenhaus ausgefüllt und unterschrieben)

Sonstige Angaben

Konto für die Schadenzahlung

Konto-Nr. _____

Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer/verletzte Person, dann auch Wohnort angeben)

Bankleitzahl _____

Geldinstitut (Name und Ort)

Verantwortlichkeit, Entbindung von der Schweigepflicht, Schlussklärung, Unterschrift

Alle Fragen wurden wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit alle Angaben überprüft, die ich 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 Zwecke 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.

Ebenso befreie ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Befreiung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers