

## Unfall-Schaden-Anzeige

Versicherungsschein-/Schadennummer (Bitte stets angeben)

### 1. Versicherungsnehmer:

Name:

Telefon privat:

Straße:

Telefon dienstl.:

PLZ/Ort:

eMail:

### 2. Schadentag:

um:

**3. Schadenort** (genaue Ortsbeschreibung, z. B.: vor welchem Haus, wo auf dem Gehsteig/der Fahrbahn, in welcher Wohnung/Gaststätte/Betrieb

PLZ Ort

### 4. Angaben zur verletzten Person:

1. Name, Vorname

2. Anschrift, Telefonnummer

3. Geburtsdatum

4. Welche Berufstätigkeit übte die verletzte Person aus?  
Seit wann wird diese Tätigkeit ausgeübt?

### 5. Wie hat sich der Unfall ereignet? (Ausführliche Schilderung des Unfallherganges/wenn erforderlich, Extrablatt verwenden)

### 6. Welcher Art war der Unfall?

1 = Berufsunfälle – oder bei Kindern Unfälle in der Schule sowie bei schulischen Veranstaltungen – ohne Wegeunfälle (nicht Unfälle von Hausfrauen, die keinen anderen Beruf ausüben).

3 = Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte, bei Kindern auf dem Weg zur und von der Schule/zu und von schulischen Veranstaltungen.

4 = Unfälle bei der Tätigkeit für den Haushalt, auch bei Einkäufen.

9 = sonstige Unfälle (= Unfälle, die weder zum Beruf oder zum Schulbesuch noch zur Tätigkeit für den Haushalt in Beziehung stehen).

### 7. Welche Personen waren Zeugen des Herganges?

Wenn keiner zugegen war, wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen?

Name, Anschrift, Telefonnummer:

### 8. Wurde der Unfall polizeilich oder von einer anderen Dienststelle (Berufsgenossenschaft etc.) aufgenommen?

ja, Anschrift der Dienststelle:  nein

PLZ Ort

Tagebuch-Nr.

### 9. Handelt es sich um einen Unfall mit Kfz?

War die verletzte Person Lenker oder Mitfahrer?

ja, Kennzeichen des Kfz: \_\_\_\_\_  nein

Lenker  Mitfahrer

### 10. Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss?

Wurde eine Blutprobe entnommen?

ja  nein

ja Ergebnis: \_\_\_\_\_ ‰;  nein

von wem? \_\_\_\_\_

Bitte wenden!

<b>11. Art der Verletzung?</b> 1. Welcher Körperteil wurde verletzt? 2. Welche Verletzung wurde festgestellt? 3. Beginn der Behandlung: 4. Besteht Arbeitsunfähigkeit? 5. Dauer der Arbeitsunfähigkeit: 6. Welche Folgen sind bereits eingetreten? 7. Welche Folgen sind noch zu befürchten?	    <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> nein von: _____ bis: _____   
<b>12. 1. Welche(r) Arzt/Ärzte wurde(n) hinzugezogen?</b>  2. Weiterbehandelnde Ärzte?  3. Wurde der/die Verletzte in ein Krankenhaus eingeliefert? 4. Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung? 5. War der/die Verletzte vollständig gesund oder woran litt er/sie?  6. Wurde der/die Verletzte bereits früher von Unfällen betroffen?  7. Welche Ärzte sind in den letzten zwei Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen worden?	Genaue Anschrift(en) (ggf. Zusatzblatt verwenden):  PLZ                      Ort  <input type="checkbox"/> ja, wo <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Vorerkrankungen und behandelnden Arzt angeben)  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wem wurde der Unfall gemeldet?  Genaue Anschrift(en) (ggf. Zusatzblatt verwenden):  PLZ                      Ort
<b>13. Bestehen noch bei anderen Gesellschaften Unfallversicherungen/Unfallzusatzversicherungen, Krankenzusatz- oder Zahnzusatzversicherungen Auslandsreiseversicherungen?</b>	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein  PLZ                      Ort VS-Nr.: _____
<b>14. Überweisung der Versicherungsleistung soll erfolgen auf:</b>	IBAN: _____ BIC: _____ Institut: _____ Konto-Inhaber: _____

 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift verletzte Person

 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherungsnehmers
