



## Schadenanzeige Unfall

|                            |
|----------------------------|
| Schaden-Nummer             |
| Versicherungsschein-Nummer |

|   |              |
|---|--------------|
| Name u. Vorname des Versicherungsnehmers<br><br>Anschrift<br>Straße, Haus-Nr.<br>PLZ, Wohnort | Telefon      |
|   | Fax          |
|   | Mobiltelefon |
|   | e-Mail       |

### 1. Angaben zur verletzten Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird

|   |   |
|---|---|
| Name u. Vorname<br><br>Anschrift<br>Straße, Haus-Nr.<br>PLZ, Wohnort  | Telefon                                   |
|   | Fax                                       |
|   | Mobiltelefon                              |
|   | e-mail                                    |
| Berufstätigkeit   | Arbeitgeber (Anschrift der Arbeitsstätte) |
| Krankenversicherung besteht bei (bitte mit Anschrift und Versicherungsnummer)   |   |
| Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen (z.B. über Arbeitgeber, Sportverein)?<br><input type="checkbox"/> ja, und zwar ((bitte mit Anschrift und Versicherungs- bzw. Bearbeitungsnummer) |   |

### 2. Angaben zum Unfall

|      |  |  |
|------|--|--|
| 2.1. | Wann hat sich der Unfall ereignet?<br>am:                    Uhrzeit:  | Wo? (Genauere Orts- und Straßenangabe)   |
| 2.2. | Beschreibung des Unfallortes (z.B. Büro, Werkstatt)  |  |
| 2.3. | Beschreibung des Unfallhergangs (ggf. gesondertes Blatt beifügen)<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____ | Skizze zur Verdeutlichung (falls notwendig)  |
| 2.4. | Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> ja   | Unfall auf dem Weg zur/von der Arbeits-/Ausbildungsstätte? <input type="checkbox"/> ja |



|      |  |
|------|--|
| 2.5. | Wird der Unfall der Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet?<br><input type="checkbox"/> ja, und zwar (bitte Namen, Anschrift, Aktenzeichen falls bekannt)             |
| 2.6. | Behördliche Unfallaufnahme (z.B. Polizei, Gewerbeaufsicht)?<br><input type="checkbox"/> ja, und zwar (bitte Namen, Anschrift, Aktenzeichen falls bekannt)  |
| 2.7. | Augenzeugen des Unfalls (möglichst mit Anschrift)  |
| 2.8. | Alkoholgenuss, Einnahme von Drogen oder Medikamenten 12 Stunden vor dem Unfall?<br><input type="checkbox"/> ja (Art und Menge)<br>Erfolgte eine Blutprobenentnahme? <input type="checkbox"/> ja, mit dem Ergebnis Promille |

### 3. Fragen zu den Unfallfolgen und zur Unfallbehandlung

|      |   |        |                 |
|------|---|--------|-----------------|
| 3.1. | Verletzter Körperteil und Art der Verletzung                                    |        |                 |
| 3.2. | Erfolgte eine stationäre Unfallbehandlung? <input type="checkbox"/> ja, von bis |        |                 |
| 3.3. | Erstmalige Unfallbehandlung (Name u. Anschrift des Arztes/<br>Krankenhauses)    | Beginn | Behandlungsende |
| 3.4. | Weitere Unfallbehandlungen (Namen u. Anschriften der Ärzte/<br>Krankenhäuser)   |        |                 |
|      |   |        |                 |
|      |   |        |                 |
|      |   |        |                 |

### 4. Fragen zu Vorerkrankungen und Vorunfällen der verletzten Person

|      |  |
|------|--|
| 4.1. | Lagen zur Zeit des Unfalls Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor?<br><input type="checkbox"/> ja, folgende                                |
| 4.2. | Resultiert daraus eine Invalidität, Rente oder Arbeitsunfähigkeit?   |
| 4.3. | Von welchen Ärzten wurde die verletzte Person in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall behandelt?  |
| 4.4. | Frühere Unfälle der verletzten Person?<br><input type="checkbox"/> ja, und zwar (bitte Unfalldatum, betroffenen Körperteil und Art der Verletzung angeben) |



5. Fragen zu Unfällen mit Kraftfahrzeugen

|      |   |  |   |
|------|---|--|---|
| 5.1. | Kraftfahrzeugart: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad/Motorroller <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Mofa<br><input type="checkbox"/> sonstiges: |  |   |
|      | Amtliches Kennzeichen   | Fahrgestell-Nummer (FIN)               |   |
| 5.2. | Fahrer:   | Führerscheinklasse:                    | Fahrerlaubnis entzogen? <input type="checkbox"/> ja |
| 5.3. | War die verletzte Person (Ziff. 1 des Fragebogens) ordnungsgemäß angegurtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |  |   |
| 5.4. | Fahrzeughalter:   | Zahl der Insassen des Unfallfahrzeugs: |   |
| 5.5. | Namen und Adressen aller Insassen   |  |   |

6. Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen

|              |               |                        |               |
|--------------|---------------|------------------------|---------------|
| Kontonummer: | Bankleitzahl: | Name des Geldinstituts | Kontoinhaber: |
|--------------|---------------|------------------------|---------------|

**Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung:**

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder einreiche. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger sowie meinen Arbeitgeber von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Ansprüchen im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) \_\_\_\_\_ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ich nehme davon Kenntnis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches selbst dann führen können, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch und dann verantwortlich, wenn ein anderer das Ausfüllen der Schadenanzeige übernommen hat. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters