



Gebäudeversicherung

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Ihr Telefon/Telefax	Versicherung Nr.
Schadennummer	
Geschäftsstelle/Fachberater	
Bitte den Vordruck vollständig ausfüllen und sofort unterschrieben zurücksenden. Alle Schadenunterlagen beifügen oder unter Angabe der Schaden-Nr. nachreichen. Falls Sie noch an den Folgen des Unfalls leiden, wünschen wir Ihnen baldige Genesung!	

Achtung!

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Sie durch unwahre oder unvollständige Angaben, auch wenn sich diese für unsere Gesellschaft nicht nachteilig auswirken, Ihren Anspruch auf Versicherungsschutz verlieren können.

Girokonto	Bankleitzahl	Sparkasse/Bank - Postleitzahl, Ort
-----------	--------------	------------------------------------

Verletzte Person: Vor- und Zuname		Geburtstag
Straße, PLZ, Wohnort		Beruf
Unfalltag	Uhrzeit Uhr vormittags/nachmittags	Unfallort

Genaue Schilderung des Unfallhergangs (Wie oder bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit?)

Fragen	Antworten des Versicherungsnehmers
1. a) Zeugen des Unfalls? Name und Anschrift (bitte deutlich schreiben)	1. a) _____ _____
b) Hat eine polizeiliche Dienststelle den Unfall festgestellt?	b) _____
c) Stand die verletzte Person zurzeit des Unfalls unter Alkoholeinwirkung? Einwirkung von Drogen?	c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde eine Blutalkoholuntersuchung veranlasst? Durch wen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis:

63-075-1101

Fragen	Antworten des Versicherungsnehmers
2. a) Welche Körperteile wurden verletzt? b) Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? Ggf. wie lange? c) War der Verletzte in stationärer Behandlung? Ggf. wie lange?	2. a) _____ b) Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen! c) Bitte Bestätigung beifügen!
3. a) Wann wurde wegen des Unfalls erstmalig ein Arzt zu Rate gezogen? b) Name und Anschrift des behandelnden Arztes: c) Welche Anordnung hat der Arzt getroffen?	3. a) _____ b) _____ c) _____
4. a) Gehört der Verletzte einer Krankenkasse oder Krankenversicherung an? Welcher? Versicherung-Nr.? b) Bei welcher anderen Versicherungsgesellschaft oder Berufsgenossenschaft ist der Verletzte gegen Unfall versichert? c) Wurde der Unfall diesen Stellen gemeldet?	4. a) _____ b) _____ c) _____
5. a) Hat der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? Wann und welcher Art? b) War er zurzeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet?	5. a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Bezieht der Verletzte eine Rente? a) aus der gesetzlichen Rentenversicherung? b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung?	6. a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wie hoch ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit % b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zu beantworten, wenn sich der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeuges ereignete:	
7. a) Kennzeichen des benutzten Kraftfahrzeuges? b) Name und Alter des Lenkers? c) Für welche Klasse und seit wann besitzt er den Führerschein? d) Wie viele Personen befanden sich zurzeit des Unfalls im Fahrzeug? (Namen und Anschriften): Waren Sicherheitsgurte angelegt? e) Wurde das Fahrzeug mit Wissen und Willen des Halters benutzt?	7. a) Art des Fahrzeuges: Fabrikmarke: Fahrzeugident.-Nr.: amtliche Kennz.: Zahl der Sitzplätze einschl. Führersitz: b) _____ c) Klasse: seit: d) _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein e) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

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. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir

gesetzlich vertretene(n) _____

ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen. Dies gilt selbst dann, wenn die Unwahrheit oder Unvollständigkeit keine für den Versicherer nachteiligen Folgen gehabt hat.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Versicherungsnehmers