

# SCHADENANZEIGE

## Unfallversicherung

### Versicherungsnehmer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anrede	Titel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	
Telefonnummer	

### Versicherer

### Betreuender Makler

VM-Nr.

<input type="text"/>	
Meldedatum (von Versicherungsnehmer gemeldet)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schaden entdeckt am	um (Uhrzeit)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schadentag	Schadenzeit (Uhrzeit)
<input type="text"/>	
Schaden entdeckt von (Vorname, Name)	

### Unfallversicherung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vertragsnummer	Schadenummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	per Fax	<input type="checkbox"/>	per Post
Eingang beim Makler	Weiterleitung am	weitergeleitet von				

**Der Eingang der Schadensmeldung muss vom Makler bestätigt werden!**

### Angaben zum Schaden

Unfall-Schadenanzeige zu Versicherungsnummer

Unverletzte Personen	<input type="text"/>	
	a)	
	<input type="text"/>	
	b)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfalldatum	Uhrzeit	Unfallort

### Unfallhergang

- Die genaue Schadenmeldung wird von der versicherten Person erst später abgegeben, da diese Person sich derzeit in stationärer Behandlung befindet.

Die versicherte Person befindet sich derzeit in folgender Klinik

- Versicherte Person ist verstorben, Schadenmeldung folgt.
- Schadenmeldung vorab, mündlich; gemeldet an  der Gesellschaft.

### Weitere Fragen zum Schaden

Art der Verletzung, wenn bekannt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann erfolgte die 1. ärztliche Behandlung wegen d. Unfalls	Durch welchen Arzt erfolgte die Behandlung

Welche Ärzte wurden noch hinzugezogen

Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt  nein  ja, Klinik  von  bis

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen  nein  ja, Dienststelle  Tagebuch-Nr

Sind Zeugen vorhanden (Name, Anschrift)  nein  ja

Hat die Person(en) innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Drogen o. Medikamente zu sich genommen  nein  ja, welche

Ist eine Blutprobe erfolgt  nein  ja, Ergebnis  ‰

**Fragen zu den Versicherungsverhältnissen**

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Verletzte versichert

Bei Arbeitsunfall; Name + Anschrift d. Berufsgenossensch.

Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen der verletzten Person

nein  ja, seit / bis

Versicherte Person

Bestanden oder bestehen Lebensversicherungen / Berufsunfähigkeitsversicherungen (wenn relevant)  nein  ja, und zwar

a)

b)

c)

**Bei Kraftfahrzeugen**

Fahrzeugart  Pkw  Lkw  Krad  Fahrrad  Sonstiges

Fahrer des Fahrzeuges

Führerschein-Datum ggf. Führerschein-Nr.

Halter des Fahrzeuges

Versichert bei

Wie viel Insassen befanden sich im Fahrzeug

Hatte sich der Verletzte angeschnallt  nein  ja

**Sonstige Fragen**

Welche Vorerkrankungen hat die verletzte Person(en) bisher durchgemacht

Hat die verletzte Person(en) vor diesem Unfall Verletzungen  nein  ja, folgende

Worin bestand die hauptberufliche Tätigkeit des/der Verletzten vor dem Unfall

Vorstehende Fragen wurden nach bestem Gewissen beantwortet. Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit dem Versicherer gegenüber von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

**X**   
Unterschrift Versicherungsnehmer