

# Schadenanzeige Unfall

<b>1. Versicherungsnehmer/in (VN)</b>			
Name, Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort			
Telefon / Fax			
<b>2. Versicherer (VR)</b>			
Name, Niederlassung Ansprechpartner, Telefon / Fax			
Versicherungsscheinnummer			
Schadennummer falls bereits bekannt			
<b>3. Allgemeine Angaben</b>			
Name, Vorname der verletzten Person			
Strasse			
PLZ, Ort			
Telefon / Fax			
Ausgeübter Beruf, Arbeitgeber			
Bankverbindung	Kto.	BLZ:	Name:
<b>3. Genaue Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges</b>	Bitte beantworten Sie diese Frage möglichst ausführlich und umfassend. Die Schilderung, falls erforderlich, auf einem gesonderten Blatt fortsetzen.		
Datum des Unfalls			
Unfallfolgen Art und Umfang der Verletzung			
Der Unfall ereignete sich: Bei der Ausübung des Berufs Auf dem Weg zur / von der Arbeit Beim Sport	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Blutprobe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, Blutalkohol:	%

<b>4. Zeugen</b>	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon / Fax	
Welche Polizeidienststelle hat ein Protokoll aufgenommen (mit Tagebuch-Nr.)?	
<b>5. Angaben zur ärztlichen Behandlung</b>	
Wann wurde erstmals ein Arzt in Anspruch genommen? Datum und Uhrzeit, Name, Anschrift des Erstversorgers	
Angaben zur ärztlichen Behandlung Name, Anschrift des behandelnden Arztes	
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Name, Anschrift der Klinik
Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche
Von welchen Ärzten wurden Sie in den letzten 5 Jahren behandelt? Name, Anschrift, Grund	
<b>6. Sonstige Angaben</b>	
Wird eine Unfallrente bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, in welcher Höhe und von wem? EUR
Bestehen für die verletzte Person noch weitere Versicherungen (Unfall, Kranken, Leben)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Versicherer  VSNR:

**Hinweis:**

**Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht.**

**Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seine 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 veranlaßten 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 Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.**

**Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden - ausgenommen Sozialversicherungsträger - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.**

**Unwahre oder unvollständige Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen.**

**Das gilt nur dann, wenn die Unwahrheit oder Unvollständigkeit nachteilige Folgen gehabt hätten.**

Ort, Datum

Unterschrift