

# Schadenanzeige Unfall

Versicherungsschein-Nr.

Schaden-Nummer

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift)

Verletzte Person (Name, Anschrift)

## Tagsüber zu erreichen unter:

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## Tagsüber zu erreichen unter:

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## Konto für Entschädigungen:

Kontoinhaber:	Konto-Nr.:	Bankleitzahl:
Name des Geldinstituts:		

**Schadendatum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit (ca.):** \_\_\_\_\_ **Schadenort:** \_\_\_\_\_

## Bitte schildern Sie ausführlich, wie der Schaden entstanden ist und wodurch er verursacht wurde:

(Wenn der Raum nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt)

---

---

---

---

**Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen:**  Nein  Ja.

Wenn ja: **Anschrift der Polizeidienststelle:** \_\_\_\_\_

**Aktenzeichen/Tagebuch-Nr. der Polizei:** \_\_\_\_\_

**Gibt es Unfallzeugen?**  Nein  Ja. Wenn ja, geben Sie bitte Namen und vollständige Adressen der Zeugen an: \_\_\_\_\_

---

---

**Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?**

Nein  Ja. Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Welche Menge? \_\_\_\_\_

**Könnte eine Bewusstseinsstörung den Unfall verursacht oder mit verursacht haben?**

Nein  Ja. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.

Schaden-Nummer

**Schildern Sie bitte Art und Umfang der unfallbedingten Verletzungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche unfallbedingten Dauerfolgen sind bereits eingetreten? Welche sind absehbar?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wann nach dem Unfall wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?**

\_\_\_\_\_ (Datum) \_\_\_\_\_ (ca. Uhrzeit)

**Wer war der behandelnde Arzt?** (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welcher Arzt behandelt den Verletzten jetzt?** (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurde der Verletzte aufgrund des Unfalles in einem Krankenhaus behandelt?**

Nein  Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Bescheinigung bitte beifügen)

**Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall (Weg von/zur Arbeit/Schule/Kindergarten/etc.)?**

Nein  Ja. Wenn ja, Name und Anschrift der zuständigen Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert?**

Nein  Ja. Wenn ja, geben Sie bitte die Namen und vollständigen Anschriften der anderen Versicherer und die Versicherungsscheinnummern an:

\_\_\_\_\_

**Hat der Verletzte bereits früher einen/mehrere Unfälle erlitten?**

Nein  Ja. Wenn ja: **Art und Umfang der erlittenen Verletzungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sind Dauerschäden verblieben?**  Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wichtige Hinweise:** Machen Sie oder Ihr Vertreter entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie oder Ihr Vertreter uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie den Anspruch auf die Versicherungsleistung. Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Weisen Sie nach, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war, bleiben wir zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie oder Ihr Vertreter diese Obliegenheiten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Den vorstehenden Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit aller im Formular gemachten Angaben.

Mir ist auch 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 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 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.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Unterschrift des Verletzten oder seiner Angehörigen \_\_\_\_\_