

Eingangsstempel

Schadenmeldung Unfallversicherung

Bitte senden Sie die Schadenmeldung vollständig
ausgefüllt an die für Ihren Wohnsitz
zuständige Schadenabteilung

Polizzennummer: _____

Bitte füllen Sie die Schadenmeldung in allen Punkten genau aus und legen Sie den Anfangsbericht Ihrem behandelnden Arzt zur Ergänzung vor. Wir werden sofort nach Erhalt Stellung nehmen.

ZUTREFFENDES BITTTE ANKREUZEN			
Versicherungsnehmer	Schadensnummer		
Genaue Anschrift	Telefon		
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Land
BITTE DEUTLICH SCHREIBEN			
Vor- und Zuname des/der Verletzten:			
Anschrift			
Beruf:	Geburtsdatum des/der Verletzten		
1 Tag des Unfalles:	Uhrzeit.	11 Krankenkasse des/der Verletzten.	
2 Ort des Unfalles:	12 War der/die Verletzte alkoholisiert O ja O nein		
3 Welche Polizei- bzw. Gendarmeriestelle hat interveniert? O ja O nein	13 War der/die Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund? O ja O nein		
4 Lenkte der/die Verletzte ein Fahrzeug O ja O nein	14 Hat der/die Verletzte schon einmal einen Unfall erlitten? O ja O nein		
5 Führerschein Daten:	14a Ist daraus eine Invalidität verblieben? O ja O nein		
6 Kennzeichen des Kraftfahrzeuges	14b Worin bestand diese Invalidität?		
7 Lag Alkoholisierung des Lenkers vor? O ja O nein			
8 Wieviele Insassen – einschließlich des Lenkers – befanden sich beim Unfall im versich. Fahrzeug?			
9 Name und Anschrift des Lenkers:	15 Seit wann besteht die Krankheit/das Gebrechen/ die Invalidität? Seit _____		
10 Bestehen andere Unfallversicherungen bzw. private Krankenversicherungen? O ja O nein	16 Wurde eine Invaliditätsentschädigung bereits bezahlt? O ja O nein		
10a Bei welcher Gesellschaft?	16a Wenn ja: wann? Von welcher Gesellschaft?		

Ausführliche Darstellung des Unfallhergangs:

Überweisung erbeten auf Konto-Nr.

bei (Bankverbindung, BLZ)

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- a) die Fragen in der Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe;
- b) die Ärzte und Krankenanstalten von ihrer Schweigepflicht über derzeitige oder etwaige frühere medizinische Behandlungen und Hilfeleistungen gegenüber der oben genannten Versicherung und den von ihr beauftragten Personen entbinde;
- c) die obengenannte Versicherung und die von ihr beauftragten Personen bevollmächtige, in einen behördlichen oder gerichtlichen Strafakt Einsicht zu nehmen;
- d) die obengenannte Versicherung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an Dritte ermächtige, soweit dies zur versicherungstechnischen Abwicklung eines Unfallschadens notwendig ist.

Es ist mir bekannt, dass unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken können.

Datum	Unterschrift des(r) Versicherungsnehmers(in) Bitte möglichst deutlich schreiben!	Unterschrift des Verletzten
-------	--	-----------------------------

BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES

<p>1 Diagnose (möglichst genaue Beschreibung der Verletzung)</p> <p>2 Wann wurde die ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? _____ 20 _____ Uhr</p> <p>2a Von wem wurde sie geleistet?</p> <p>3 Ist die Verletzung ausschließlich und unmittelbar durch den Unfall verursacht worden?</p> <p style="text-align: center;">O ja O nein</p> <p>3a Oder wirkten andere Umstände mit? (z.B. Krankheitszustände, frühere Verletzungen)</p> <p>3b Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert?</p> <p style="text-align: center;">O ja O nein</p> <p>3c In welchem Grad oder Umfang?</p> <p style="text-align: center;">, am 20 _____</p>	<p>4 Stationäre Behandlung O ja O nein</p> <p>4a Dauer: vom _____ 20 _____ bis _____ 20 _____</p> <p>4b In welchem Krankenhaus?</p> <p>5 Dauer des Krankenstandes vom _____ 20 _____ bis _____ 20 _____</p> <p>Wenn möglich Bestätigung (z.B. des Sozialversicherers – beilegen)</p> <p>6 Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten</p> <p style="text-align: center;">O ja O nein</p> <p>Abrechnung</p> <p>Spitalgeld _____ Tage á EUR _____ =EUR _____</p> <p>Taggeld _____ Tage á EUR _____ =EUR _____</p> <p>Unfallgeld: 1/1 _____ Tage á EUR _____ =EUR _____</p> <p style="text-align: center;">1/2 _____ Tage á EUR _____ =EUR _____</p> <p style="text-align: center;">1/4 _____ Tage á EUR _____ =EUR _____</p> <p>Attestgebühr: _____ =EUR _____</p> <p>Auszahlungsbetrag: _____ =EUR _____</p> <p>Betrag erhalten</p> <p>Der behandelnde Arzt</p>
<p>Unterschrift des Versicherungsnehmers</p>	