

## SCHADENMELDUNG Unfallversicherung zu Polizzen Nr.:

VERSICHERUNGSNEHMER	
Name:	
Anschrift:	
Plz/Ort:	
Telefon (tagsüber)	
Versicherungsgesellschaft:	

### Verletzte Person:

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/ Firma		Geburtsdatum
PLZ / Ort / Straße / Hausnummer		Telefon
Beruf	Arbeitsstätte	Tätigkeit im Beruf (genau angeben)

### Ereignisbeschreibung:

Vorfall vom:	Uhrzeit:	Ort:
--------------	----------	------

Behördliche Aufnahme durch:	Verletzte ?	GZ
-----------------------------	-------------	----

Handelte es sich um einen Verkehrsunfall? (Wenn ja, in welcher Eigenschaft? zB Fußgänger, Radfahrer,...)
Bei Kraftfahrzeugen polizeiliches Kennzeichen und Halter angeben
War der Verletzte im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?
Handelte es sich um einen Berufsunfall? (Wenn ja, Berufsgenossenschaft und Aktenzeichen angeben)
Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? (Wenn ja, wann, was und in welchen Mengen?)

**Genau Sachverhaltsdarstellung (mit Skizze) - Unfallhergang und Unfallursache:**

--

Welche Verletzungen wurden festgestellt (Diagnose des Arztes)?

--

**Zeugen / Ärzte:**

Wer war noch am Unfall beteiligt (bei KFZ auch pol. Kennzeichen und Halter)?

--

Welche Zeugen des Unfalles können genannt werden?

--

Wenn keine Zeugen zugegen waren, wer hat die verletzte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

--

Von welchen Ärzten, bzw. in welchem Krankenhaus wurde die verletzte Person erstmals behandelt?

--

Von welchen Ärzten, bzw. in welchem Krankenhaus wurde die verletzte Person außerdem behandelt?

--

Sind durch den Unfall Dauerschäden zu erwarten?

--

**Vorerkrankungen / Frühere Unfälle:**

Wegen welcher Erkrankungen (nicht Bagatellerkrankungen) war der Verletzte in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall in ärztlicher Behandlung? Behandlungszeitraum?

--

Lagen zur Zeit des Unfalles Krankheiten oder Gebrechen vor? Wenn ja, welche?

--

Sind der verletzten Person schon früher Unfälle zugestoßen? Wenn ja, wann und in welcher Art?

--

Wurden Leistungen erbracht? Wenn ja, von wem und in welcher Höhe?

**Weitere Versicherungen:**

Bestehen weitere Unfallversicherungen (InsassenUV, GruppenUV,...? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft - Pol. Nr.?

Krankenkasse oder Krankenversicherung?

Bei Unfalltod auch Lebensversicherungen angeben

**Bankverbindung**

Entschädigungszahlung an Kontoinhaber BLZ

Kontonummer

Die vorstehenden Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich durch bewusst unrichtige oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz auch dann verliere, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. 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 (zB 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 Heilung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflicht-Entbindung 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.

Ort	Datum	Versicherungsnehmer

**Ärztliche Bescheinigung des Krankenhauses:**

Die verletzte Person befand sich wegen des Unfalles bei uns in vollstationärer Behandlung

Von	Bis	Diagnose in Worten

Wird eine weitere vollstationäre Behandlung erforderlich sein?  ja  nein

Ort	Datum	Stempel des Arztes