

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

An G & P Versicherungsmakler Inh. Brian Heidemann Saatwinkler Damm 66 13627 Berlin	Versicherungsnehmer:
Versicherer:	Vertragsnummer:
1. Schadentag:	Uhrzeit:
2. Schadenort (genaue Ortsbeschreibung, bitte genaue Adresse angeben):	
3. Angaben zur verletzten Person:	
1. Name, Vorname:	
2. Anschrift, Telefonnummer:	
3. Geburtsdatum:	
4. Welche Berufstätigkeit übte die verletzte Person zur Unfallzeit aus?	
5. Seit wann wird diese Tätigkeit ausgeübt?	
4. Zeugen (Namen, Anschriften, Telefon- und Telefaxnummern): Wenn keiner zugegen war, wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen?	
5. Wurde der Unfall polizeilich oder von einer anderen Dienststelle (Berufsgenossenschaft etc.) aufgenommen (Dienststelle und Tagebuchnummer)?	
6. Welcher Art war der Unfall?	
<input type="checkbox"/> Berufsunfälle – oder bei Kindern Unfälle in der Schule sowie bei schulischen Veranstaltungen – ohne Wegeunfälle (nicht Unfälle von Hausfrauen, die keinen anderen Beruf ausüben). <input type="checkbox"/> Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte, bei Kindern auf dem Weg zur und von der Schule/zu und von schulischen Veranstaltungen. <input type="checkbox"/> Unfälle bei der Tätigkeit für den Haushalt, auch bei Einkäufen. <input type="checkbox"/> sonstige Unfälle (= Unfälle, die weder zum Beruf oder zum Schulbesuch noch zur Tätigkeit für den Haushalt in Beziehung stehen)	

7. Handelt es sich um einen Unfall mit Kfz?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen des Kfz.:	<input type="checkbox"/> Lenker	<input type="checkbox"/> Mitfahrer
8. Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis: ‰			
von wem:			
9. Art der Verletzung?			
1. Welcher Körperteil wurde verletzt? (Ärztliche Diagnose)			
2. Beginn der Behandlung:			
3. Besteht Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:			
4. Dauer der Arbeitsunfähigkeit: von: bis:			
5. Welche Folgen sind bereits eingetreten?			
6. Welche Folgen sind noch zu befürchten?			
10. Welche(r) Arzt/Ärzte wurde(n) hinzugezogen? genaue Anschrift(en):			
11. Wurde der/die Verletzte in ein Krankenhaus eingeliefert?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo:			
12. Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo:			
13. War der/die Verletzte vollständig gesund oder woran litt er/sie?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Vorerkrankungen und behandelnden Arzt angeben/ggf. Zusatzblatt beifügen)			
14. Wurde der/die Verletzte bereits früher von Unfällen betroffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
wenn ja, wem wurde der Unfall gemeldet?			
15. Welche Ärzte sind in den letzten zwei Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen worden?			
genaue Anschrift(en):			
16. Bestehen oder bestanden noch bei anderen Gesellschaften			
Unfallversicherungen/Unfallzusatzversicherungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei			
Versicherungsnr.:			

Die Ärzte, die die verletzte Person behandelt oder untersucht haben, sowie Versicherungsunternehmen, Versicherungsträger und Behörden werden ermächtigt, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Diese Fragen habe ich wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. Es ist mir bekannt, dass unwahre und bewußt unvollständige Angaben zur Versagung des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift der verletzten Person
oder des gesetzlichen Vertreters

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers