

Schadenanzeige Unfallversicherung

Versicherungsscheinnummer: _____

Versicherungsnehmer:

Vor- / Familienname _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon privat _____ geschäftl. _____

Versicherte Person / Verletzter:

Vor- / Familienname _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon privat _____ geschäftl. _____

Schadentag und -uhrzeit _____

Schadenort _____

Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat der Versicherte den Unfall erlitten? _____

Wodurch ist der Unfall verursacht worden? (detaillierte Schilderung ggf. mit Skizze oder Fotografien, falls nötig Beiblatt verwenden)

Gibt es Augenzeugen? Name und Anschrift _____

Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten? _____

Hat der Unfall Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt? Wenn ja, inwieweit? _____

Hat sich der Unfall ereignet bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges? ja nein

Amtliches Kennzeichen _____

Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges Vor- und Familienname, genaue Anschrift sowie Geb. Datum _____

Führerschein des Lenkers

Klasse	ausgestellt am	durch
_____	_____	_____

Wurde der Vorfall polizeilich aufgenommen? Falls ja, durch welche Polizeidienststelle? ja nein

Wurde von dem Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges eine Blutprobe entnommen? ja nein

Ergebnis? _____

Wie viele und welche Personen befanden sich zur Unfallzeit in bzw. auf dem Kraftfahrzeug? _____

An welchem Tage hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung begeben? _____

Welcher Arzt übernahm die Erstbehandlung? _____

Falls stationäre Krankenhausaufnahme, Anschrift _____

Aufenthaltsdauer? _____

Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes _____

Ihr Betreuer:



Bischof-Meiser-Str. 21
D – 91522 Ansbach

Telefon: +49 (0) 981 – 36 11
Telefax: +49 (0) 981 – 17 2 57
Email: mail@albert-goetz-gmbh.de

Vermittlernummer: _____

Welchen Arzt oder welche Ärzte hat der Versicherte in den letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen? Aus welchem Grund und wann ist dies geschehen?

Besteht für den Verletzten bei einer weiteren Gesellschaft eine Unfallversicherung? Bei welcher und wie hoch?
(Versicherungsscheinnummer angeben)

Hatte der Versicherte früher Unfälle erlitten? Wenn ja, welche?

Besteht bei einer Krankenkasse oder einer Berufsgenossenschaft Versicherungsschutz? Genaue Anschrift erbeten.

Schlusserklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Fragen dieser Schadenmeldung ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind. Es ist mir bekannt, dass durch bewusst falsche oder lückenhafte Angaben der Versicherungsschutz selbst dann verloren geht, wenn dem Versicherer dadurch kein Schaden entsteht. Bei einer Entschädigungsvereinbarung bleibt die Zustimmung durch die Versicherungsgesellschaft vorbehalten. Gleichzeitig ermächtige ich die von der Gesellschaft evtl. zu befragenden Ärzte zur Auskunftserteilung über mich. Eventuelle Arztwechsel werde ich unverzüglich anzeigen.

Datum _____

Unterschrift Versicherungsnehmer _____

Unterschrift verletzte Person _____