



**SCHADENANZEIGE**

**Allgemeiner Unfall  
Insassen Unfall**

**AU**

Sehr geehrter Kunde, bitte beachten Sie, dass bewusst (vorsätzlich) unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer daraus keine Nachteile entstehen. Für die Richtigkeit übernimmt der Versicherungsnehmer die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Textform erstellt hat.

Versicherungsnehmer (Name, Vorname) _____  Straße _____  PLZ/Ort _____  Telefon/Handy/Fax _____	Schaden-Nr.: _____  Vers.-Nr.: _____  BNR: (Vermittler) _____
--	---

**Verletzte Person:  
(für jede Person bitte ein Formular benutzen)**

VN \_\_\_\_\_  
sonstige \_\_\_\_\_

Name _____	(Telefon tagsüber) _____	(Telefon privat) _____
Straße _____	(Geburtsdatum) _____	(Beruf) _____
Plz. Ort _____		

**Angaben zum Schadenereignis**

Schadentag: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr Schadenort: \_\_\_\_\_

Unfallhergang und Unfallursachen:  
 { bitte ausführliche Sachverhaltsschilderung }

Bei welcher Beschäftigung/Gelegenheit ereignete sich der Schaden (z. B. Beruf, Sport,.....)?

polizeiliche Aufnahme    Ja    Nein    Dienststelle: \_\_\_\_\_ Tgb-Nr. \_\_\_\_\_

Zeugen?  
(bitte vollständige Adressen angeben)

Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken?    Ja    Nein

Ist eine Blutprobe entnommen worden?    Nein    Ja: \_\_\_\_\_ %

Vers./Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_ Schaden-Tag: \_\_\_\_\_

### Unfallfolgen

#### Verletzungen:

Welcher Art sind die bisher bekannten Verletzungen (genaue Beschreibung)?

Name aller in diesem Fall in Anspruch genommener Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser:

- 1
- 2
- 3

Wer behandelt jetzt?

1                      2                      3

Besteht Arbeitsunfähigkeit?

Nein      Ja, voraussichtl. Dauer

Wie ist der bisherige Heilungsverlauf? Ist mit einem Dauerschaden zu rechnen?

Dauer des Krankenhausaufenthaltes (bitte Belege beifügen) vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Dauer der Arbeitsunfähigkeit: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bestand bereits vor dem Unfall eine Gesundheitsschädigung?      Nein      Ja

Wenn ja, welche (bitte Kopie des Bescheides des Versorgungsamtes oder des Rentenbescheides beifügen) und wie hoch ist der Grad der Behinderung in Prozent? \_\_\_\_\_ %

Wurde der Unfall einer Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft gemeldet?      Nein      Ja

(Wenn ja, teilen Sie uns bitte den vollständigen Namen, die Adresse, das Meldedatum sowie das Aktenzeichen mit.)

Ist die versicherte Person auch noch bei einer anderen Versicherungsgesellschaft gegen Unfälle versichert?      Nein      Ja

(Teilen Sie uns bitte den Namen, die vollständige Adresse sowie die Versicherungsschein-/Schadennummer dieser Gesellschaft mit.)

Sind früher bereits Unfälle eingetreten, die zu einer Leistung unserer oder einer anderen Gesellschaft geführt haben?

Ja      Nein      Anzahl: \_\_\_\_\_ Höhe der Leistungen in € \_\_\_\_\_

### Zusatzfragen Insassen Unfall

War der/die Verletzte in einem Kraftfahrzeug?      Nein      Ja      als Fahrer/in      als Insasse

Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Anzahl der Insassen einschließlich Fahrer: \_\_\_\_\_ Marke und Typ des Kfz: \_\_\_\_\_

#### Fahrzeuglenker/in

Name \_\_\_\_\_

Gültige Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt      Ja      Nein

Straße \_\_\_\_\_

Führerschein-Klasse, -Nummer, Ausstellungsdatum:

Plz. Ort \_\_\_\_\_

Bankverbindung, an die eine mögliche Leistung angewiesen werden soll:

\_\_\_\_\_ **Name der Bank**

\_\_\_\_\_ **BLZ**

\_\_\_\_\_ **Konto-Nr.**

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen oder Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

**Zu diesem Zweck befreie ich (z. B. auch die gesetzlichen Vertreter) hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den v. g. Unterlagen genannt sind oder an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht (auch im Falle meines Todes).**

**Diese Erklärung gilt auch für Behörden, Sozialversicherungsträger und Angehörige anderer Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherer, die nach dort bestehenden Verträgen befragt werden dürfen.**

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden  
bzw. gesetzlichen Vertreters