

|  |  |
| --- | --- |
|  **-Versicherung**  |  |
|  **Unfall-Schadenanzeige** | Schadennummer / Polizzennummer |

# Ihr Ansprechpartner für Rückfragen

 Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma Geburtsdatum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ver-sicherungs-nehmer** |  |  |

 PLZ / Ort /Straße / Hausnummer Telefon (zw. 8 u. 16 h)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Vor- und Zuname Geburtsdatum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versicherte Person** |  |  |

 PLZ / Ort /Straße / Hausnummer Telefon (zw. 8 u. 16 h)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ereignisbe-schreibung** | Schadendatum / Uhrzeit | */* | Ort |  |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Behördlich aufgenommen ? [ ]  ja [ ]  nein Von wem? |  | Geschäftszahl |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Genaue Sachverhaltsdarstellung  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Führer-schein-** | Falls die verletzte Person Kfz-Lenker war |
| **daten** | Führerscheinnummer | Gruppe(n) | ausgestellt am: | ausgestellt von: |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allgemeine** | Art der Verletzung?  |
| **Fragen** |       |
|  | Haben Sie in den letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? [ ]  ja [ ]  nein Wenn ja, in welcher Menge? |
|  |  |  |  |
|  | Arbeitsunfähig von  bis einschließlich Behandelnder Arzt |
|  | Stationäre Behandlung von  bis einschließlich im Krankenhaus |
|  | **Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?** |
|  | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  möglicherweise |  |  |
|  | Handelt es sich um einen Freizeitunfall? [ ]  ja [ ]  nein |  |  |
|  | Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich beeinträchtigt ? [ ]  ja [ ]  nein |  |  |
|  |  Wenn ja wie?       |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bank-** | Entschädigungszahlung an (Kontoinhaber) | Bankleitzahl/Bank | Konto-Nummer |
| **verbindung** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantortet. |
|  | Ich (Wir) bevollmächtige(n) das obengenannte Versicherungsunternehmen sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen. |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ort, Datum |  | Versicherte Person |  | Versicherungsnehmer |