


<b>Unfall-Schadenanzeige</b>		Versicherungsmakler:		
Name und Anschrift des Versicherungsnehmers (VN)				
Anrede:				
Name		Versicherer:		
Vorname:		VS-Nr.:		
Straße:		Schaden-Nr.:		
PLZ/ Ort:		AZ VM:		
<b>Angaben zur verletzten Person</b>				
Name:				
ggf. abweichende Anschrift:				
Geb. am		Verheiratet?	Anzahl Kinder	Telefonisch erreichbar unter Nr.
		nein ja	priv.:	geschäftl.:
Beruf und kurze Beschreibung Ihrer Tätigkeit				
Name und Anschrift der Arbeitsstätte				
<b>1. Unfallhergang</b>				
1.1 Unfalltag:		Uhrzeit:		
Unfallort:				
1.2 Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall:		Ereignete sich der Unfall <b>auf dem Wege</b> von oder zur Arbeit?	Während einer Dienstreise?	
		nein ja	nein ja	
1.3 <b>Wodurch</b> ist der Unfall verursacht worden und <b>wie</b> ist sein Hergang gewesen?				
<b>2. Gesundheits-schädigung</b>				
2.1 Verletzte(r) Körperteil(e)				
2.2 Art der Verletzung(en)				
<b>3. Alkohol</b>				
3.1 Wurden <b>alkoholische</b> Getränke vor dem Unfall getrunken?		Wurde eine Blutprobe entnommen?		
nein ja		nein ja		
<b>4. Verkehrs-unfall</b>				
4.1 <b>Welches</b> Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt:		<b>PKW</b>	<b>LKW</b>	<b>Moped</b>
Als Fahrer Insasse Soziefahrer		<b>Motorrad</b>	<b>Fahrrad</b>	<b>And. Verk.</b>
4.2 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? Dienststelle / Aktenzeichen				
<b>5. Arzt- oder Krankenhaus-behandlung</b>				
5.1 Erste ärztliche Hilfe am / Name + Anschrift:		Weiterbehandlung / Überweisung am / Name + Anschrift:		
<b>6. Arbeitsunfä-higkeit</b>				
6.1 Ist die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben worden?		6.2 Wenn ja, ab wann arbeitsunfähig:		
nein ja				
6.3 Wie lange wird die verletzte Person <b>voraussichtlich</b> noch arbeitsunfähig sein?				
6.4 Wird die verletzte Person <b>stationär</b> behandelt?				
nein ja, seit wann?		(voraussichtlich) bis		

<b>7. Vorerkrankung und Vorunfälle</b>	7.1 Hat die verletzte Person wegen <b>anderer Erkrankungen</b> oder <b>frühere Unfälle</b> in den letzten <b>5 Jahren</b> einen <b>Arzt</b> zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt?      nein      ja	
	7.2 Welche Unfälle? (mit Zeitangabe und Art der Verletzung)	
	Am: _____	Art der Verletzung: _____
	Am: _____	Art der Verletzung: _____
	Am: _____	Art der Verletzung: _____
	7.3 Welche Krankheiten? (mit Zeitangabe und Art der Erkrankung)	
Am: _____	wegen: _____	
Am: _____	wegen: _____	
Am: _____	wegen: _____	
<b>8. Renten</b>	8.1 Erhält die verletzte Person eine <b>Kriegsbeschädigtenrente</b> ? nein      ja / Kriegsleiden: _____	
	8.2 Erhält die verletzte Person eine <b>Berufsgenossenschaftsrente</b> ? nein      ja / Art der Verletzung: _____	
	8.3 Erhält die verletzte Person eine <b>Invalidenrente</b> ? nein      ja / Art der Invalidität: _____	
	8.4 Oder wurde vor dem Unfall eine <b>Invalidenrente</b> beantragt? nein      ja / Grund: _____	
<b>9. Andere Versicherungen</b>	9.1 <b>Bestehen z.Z.</b> noch weitere Unfall / Insassenunfall / - Versicherungsverträge? nein      ja      1. _____ 2. _____ 3. _____	
	9.2 <b>Bestanden</b> Unfallversicherungsverträge? nein      ja      1. _____ 2. _____	
	9.3 Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert?      Wurde der Unfall der BG gemeldet? nein      ja	
	9.4 Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung gehört die verletzte Person an? Mit Krankenhaustagegeld? nein      ja      1. _____ 2. _____	
	Name, Anschrift und Aktenzeichen erbeten	
<b>10. Erklärung</b> gem. § 15II (4) AUB 85 + 88	Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.	
<b>11. Schweigepflichts-befreiung 203 StGB</b>	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 ( z.B. 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 Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.  Diese Schweigepflichtentbindung 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.  Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, der / die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.	
<b>12. Unterschrift</b>	Ort, Datum	Unterschrift der verletzten Person / gesetzlicher Vertreter
<b>13. Konten</b>	Vereinbarte Entschädigungsbeträge sind auf das bezeichnete Konto zu überweisen	IBAN: _____ Kreditinstitut
	BIC: _____	