



Schadenanzeige Unfall

Bitte ausfüllen und zurücksenden

Bei mehreren Verletzten bitte jeweils 1 Formular ausfüllen.

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname: _____
Strasse, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf: _____
Telefon-Nr. geschäftl. _____ Telefon-Nr. privat _____
E-Mail: _____

Vertretung:	_____
Schaden-Nr.:	_____
Versicherungs-Nr.:	_____

Verletzte Person/Versicherter:

Name, Vorname: _____
Strasse, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf: _____
Telefon-Nr. geschäftl. _____ Telefon-Nr. privat _____
E-Mail: _____

Unfalldatum:

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Unfallort: _____

Unfallhergang:

Ereignete sich der Unfall während der beruflichen Tätigkeit? Nein Ja

Auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte? Nein Ja

Wie hat sich der Unfall ereignet? Bitte eingehende Schilderung!

Wenn die hier vorgesehene Fläche nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt beifügen.

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

Nein Ja, welche Art und Menge? _____

Wurde eine Blutprobe entnommen?

Nein Ja, Ergebnis _____ Promille

Polizeiliche Aufnahme?

Nein Ja

Polizeidienststelle: _____ Tagebuch-Nr.: _____ Aktenzeichen: _____

Zeugen bzw. am Unfallort Anwesende:

Zeuge 1
Name, Vorname: _____
Strasse, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Zeuge 2
Name, Vorname: _____
Strasse, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Art und Umfang der Verletzungen:

Erste ärztliche Hilfe:

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Name und Anschrift des Arztes o. Krankenhauses: _____

Stationäre Behandlung:

Nein Ja, wo? Name und Anschrift des Arztes o. Krankenhauses: _____

Wurde die verletzte Person ambulant nachbehandelt?

Nein Ja, Name und Anschrift des Arztes: _____

Führt der Unfall voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit? Nein Ja

Bestehen **unfallunabhängige** Leiden?

Nein Ja, welche? _____

Ist die verletzte Person dadurch in Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt? Nein Ja, zu _____ %

Frühere Behandlung durch Ärzte (in den letzten 3 Jahren vor dem Unfall)

Name und Anschrift des Arztes: _____

Grund der Behandlung: _____ Datum: _____

Frühere Unfälle:

Nein Ja, wann? _____

Welche Versicherung oder Berufsgenossenschaft zahlte eine Entschädigung? _____

Ist die versicherte Person noch bei anderen Gesellschaften gegen Unfallfolgen versichert?

Nein Ja, bei Unfallversicherer (Name und Anschrift) _____

Aktenzeichen: _____

Berufsgenossenschaft (Name und Anschrift) _____

Aktenzeichen: _____

Kraftfahrzeugunfälle:

Art des Fahrzeuges, mit dem der Unfall passierte Amtliches Kennzeichen: Fahrgestell-Nr.:

Kraftrad PKW LKW Omnibus

War die verletzte Person angeschnallt? Nein Ja Anzahl der Personen im Fahrzeug zur Unfallzeit (einschließlich Fahrer) _____

Wurde die Fahrerlaubnis entzogen? Nein Ja Fahrzeuglenker zur Unfallzeit _____

Besitzt der Fahrer einen Führerschein? Nein Ja

Klasse: _____ Nr.: _____ ausgestellt am: _____ von: _____

An wen soll eine evtl. Zahlung erfolgen?

Name und Anschrift: _____ Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____ Name der Bank: _____

Erklärung:

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 Schweigepflicht-Entbindung 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, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Versicherungsnehmer:

Versicherter:

_____, den _____, den _____

(Unterschrift)

(Unterschrift)

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskünfte und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Beläge nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Ort, Datum
Unterschrift des Versicherungsnehmers Vertreters

Ort, Datum
Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters