

Schadenanzeige Unfall

Versicherungsnummer:

1. Angaben zur versicherten Person:

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Beruf/ausgeübte Tätigkeit:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

2. zum Unfallereignis:

Unfalltag?

Datum:

Uhrzeit:

Wo und bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Es handelt sich um einen:

Berufsunfall

Verkehrsunfall

Sportunfall

sonstigen privaten Unfall

Wurde der Schaden der Polizei gemeldet?

nein

ja

Wenn ja:

am:

um:

*****Uhr

Polizeistelle:

Aktenzeichen:

Wurde vor dem Unfall von der verletzten Person Alkohol, Medikamente oder sonstige Rauschmittel eingenommen?

nein

ja

Wenn ja, welche(s):

Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen?

nein

ja

Welche Personen waren bei dem Unfall anwesend (bitte Name und Adresse angeben)?

3. nur bei Kraftfahrzeugunfällen ausfüllen:

War die verletzte Person

Fahrzeuglenker

Fahrzeuginsasse/Sozius

Fahrzeugart:

PKW

LKW

Motorrad

Fahrrad

Mofa

Moped

Keines (Fußgänger)

amtliches Kennzeichen:

Fabrikat:

Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers:

Führerscheinklasse: Ausstellungsdatum: "*****Führerscheinnummer:

Hat die verletzte Person einen Sicherheitsgurt angelegt? nein ja

Gesamtzahl aller im Fahrzeug befindlichen Insassen (einschließlich Fahrer): Personen

4. Unfallhergang:

5. Angaben zum Personenschaden:

Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten?

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? am: "*****um: "*****Uhr

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt? nein ja

Wenn ja,
Aufnahmetag: Entlassungstag:

Name und Anschrift des Krankenhauses/Abteilung:

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen? nein ja, seit:

Ist die verletzte Person wieder arbeitsfähig? nein voraussichtlich ab:
ja seit:

Welcher Krankenkasse oder -versicherung gehört der Verletzte an?

Welcher Berufsgenossenschaft wurde oder wird der Unfall ggf. gemeldet?

War oder ist die verletzte Person gegen Unfall auch bei einer anderen Gesellschaft versichert? nein ja

Wenn ja, bei welcher (Name und Anschrift)?

Versicherungsscheinnummer:

6. allgemeine Angaben

Wohin soll die Entschädigungsleistung gezahlt werden?

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

Der Versicherungsnehmer erklärt durch Unterschrift, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit. Unwahre und unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes auch dann führen, wenn dem Versicherer dadurch keine Nachteile entstehen.

Wenn Sie die Unfallanzeige nicht selbst ausgefüllt haben, prüfen Sie bitte, bevor Sie unterschreiben, die Richtigkeit der Angaben.

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und rechtsverbindlich unterschrieben zurück per Post, Fax (0201/422373) oder per E-Mail (ebenfalls **unterschrieben und dann eingescannt**) an info@assekuranzmakler-queisser.de.

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der verletzten Person

Bitte von der verletzten Person die Zusatzerklärung unterschreiben lassen.

Zusatzerklärung:

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich behandelt haben oder behandeln werden sowie Versicherungsunternehmen, Versicherungsträger, Berufsgenossenschaften und Behörden von Ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort / Datum

Unterschrift der verletzten Person