

## Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Absendung an VN

Versicherungsscheinnummer  Schadennummer

Vor- und Zuname

Anschrift

Geburtsdatum  Familienstand  ledig  verheiratet

Telefon privat  geschäftlich

Kontonummer  Bankleitzahl

Kontoinhaber

**Bankverbindung**

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind.

Beschäftigung

Es handelt sich um eine  
 reine Bürotätigkeit  andere Tätigkeit:

Haben Sie praktisch/handwerklich mitzuarbeiten?  Nein  Ja, und zwar

Wann hat sich der Unfall ereignet? Am  um  Uhr

Welcher Art war die Verletzung?

Welches ist die bekannte oder mutmaßliche Ursache des Unfalles, und welches ist der nähere Hergang bei Entstehung desselben? (Diese Frage ist ausführlich zu beantworten. Dabei ist anzugeben, an welchem Ort, in welchem Lokal, an welchen Maschinen oder Apparaten, bei welcher Tätigkeit oder bei sonstigen Angelegenheiten sich der Unfall ereignet hat.)

Welche Personen waren Zeugen des Unfallereignisses (Name, Anschrift; Beziehung zum Verunfallten)?

Ist der Unfall durch das Verschulden eines anderen herbeigeführt worden (Name, Anschrift; Beziehung zum Verunfallten)?

Welche Polizeidienststelle hat evtl. den Unfall aufgenommen (ggf. Aktenzeichen)?

Standen Sie unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß?  Nein  Ja, und zwar

Befinden Sie sich zzt.  in Ihrer Wohnung oder  in einem Krankenhaus?

Wann und durch wen wurde die erste ärztliche Hilfe geleistet?

Tag, Monat, Jahr

durch Dr.

Wer ist der behandelnde Arzt (Name und Adresse)?

Wie lange wird voraussichtlich die ärztliche Behandlung erforderlich sein?

Sind Sie in Ihrem Beruf durch den Unfall ganz oder teilweise behindert?  Nein  Ja

Waren Sie vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig?  Nein  Ja

Haben Sie früher schon Verletzungen ähnlicher Art erlitten?  Nein  Ja, und zwar

Bei welchen anderen Gesellschaften sind Sie noch gegen Unfall versichert?

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Versicherungsscheinnummer \_\_\_\_\_

Währung

Summe für Todesfall

Summe für Invaliditätsfall

Summe für tägliche Entschädigung

Sind Sie gegen Krankheit versichert?

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Versicherungsscheinnummer \_\_\_\_\_

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Versicherungsscheinnummer \_\_\_\_\_

Ist der Unfall bei der Krankenkasse gemeldet, ggf. an welchem Tag?  Nein  Ja, und zwar am \_\_\_\_\_

Haben Sie schon früher von einer Versicherungsgesellschaft, Berufsgenossenschaft oder Unterstützungskasse Entschädigungen erhalten?

Nein  Ja, von \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann und in welcher Höhe?

Am

Betrag

Währung

Am

Betrag

Bei welchen Gesellschaften und in welcher Höhe haben Sie Ihr Leben versichert?

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Betrag \_\_\_\_\_

Währung

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Betrag \_\_\_\_\_

Die Entschädigung soll auf das auf Seite 1 genannte Konto überwiesen werden.

Ort/Datum

Unterschrift