

Schadenmeldung Unfall

Versicherungsgesellschaft:	Polizzenummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma	
<input type="text"/>	
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON

Vor- und Zuname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

EREIGNISBESCHREIBUNG

Schadendatum/Uhrzeit	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Behördlich aufgenommen? ☐ ja ☐ nein Von wem?

Geschäftszahl:

Genaue Sachverhaltsdarstellung

FALLS DIE VERLETZTE PERSON KFZ-LENKER WAR:

Führerscheinnummer	Gruppe(n)	ausgestellt am:	ausgestellt von
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ALLGEMEINE FRAGEN

Art der Verletzung? <input type="text"/>		
Arbeitsunfähigkeit von <input type="text"/> bis einschließlich <input type="text"/>		
Voraussichtliche Behandlungsdauer <input type="text"/>	Name und Adresse des behandelnden Arztes? <input type="text"/>	
Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	
Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? <input type="text"/>		
Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise	
Handelt es sich um einen Freizeitunfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn „JA“ bei welchen Gesellschaften?	<input type="text"/>	
Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogen-Missbrauch etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn JA, wie?	<input type="text"/>	
Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
BANKVERBINDUNG		
Entschädigungszahlung an Kontoinhaber <input type="text"/>	Bankleitzahl / Bank <input type="text"/>	Konto-Nummer <input type="text"/>

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

- a) Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der zuständigen Versicherungsgesellschaft über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- b) Ich bevollmächtige die zuständige Versicherungsgesellschaft sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	-----------------------------	---------------------------------------