

Schadenmeldung Unfall

Versicherungsgesellschaft:	Polizzennummer:
<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

<input type="text"/>

VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON

Vor- und Zuname

<input type="text"/>

PLZ/Ort/Straße/Hausnummer

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Telefonnummer

<input type="text"/>

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

<input type="text"/>

EREIGNISBESCHREIBUNG

Schadendatum/Uhrzeit

<input type="text"/>

Ort

Behördlich aufgenommen?

ja

nein

Von wem?

Geschäftszahl:

Genaue Sachverhaltsdarstellung

<input type="text"/>

FALLS DIE VERLETZTE PERSON KFZ-LENKER WAR:

Führerscheinnummer

<input type="text"/>

Gruppe(n)

<input type="text"/>

ausgestellt am:

<input type="text"/>

ausgestellt von

<input type="text"/>

ALLGEMEINE FRAGEN

Art der Verletzung?	
---------------------	--

Arbeitsunfähigkeit von		bis einschließlich	
------------------------	--	--------------------	--

Voraussichtliche Behandlungsdauer	Name und Adresse des behandelnden Arztes?

Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von		bis	
-------------	--	-----	--	-----	--

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	
---	--

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?	
---------------------------------------	--

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?	
---------------	--

Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

BANKVERBINDUNG

Entschädigungszahlung an Kontoinhaber	Bankleitzahl / Bank	Konto-Nummer

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

- Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der zuständigen Versicherungsgesellschaft über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- 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