

Schadenanzeige Unfallversicherung



HASENCLEVER + PARTNER

Agentur-Nr.: _____

Versicherer: _____

VS-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Versicherungsnehmer

Vorname, Zuname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Schadendatum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

Wo und bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat der Versicherte den Unfall erlitten?

Wodurch ist der Unfall verursacht worden? (ausführliche Schilderung des Vorfalls, ggfs. auf separatem Blatt)

Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalls angegeben werden? (Name und Anschrift)

Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten?

Hat der Unfall eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt? Wenn ja, inwieweit?



Hat sich der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeugs ereignet?

nein ja

Falls ja, Art des benutzten - versicherten - Fahrzeuges

Amtliches Kennzeichen: _____

Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges (Vor- und Zuname, Anschrift, Geburtsdatum)

Führerschein des Fahrzeuglenkers

Klasse: _____

ausgestellt am: _____

durch: _____

Wurde der Vorfall polizeilich aufgenommen?

nein ja

Falls ja, durch welche Polizeidienststelle?

Wurde vom Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges eine Blutprobe entnommen?

nein ja

Falls ja, Ergebnis der Blutprobe?

Wie viele und welche Personen befanden sich zur Unfallzeit in bzw. auf dem Fahrzeug?

An welchem Tag hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung begeben?

Welcher Arzt übernahm die Erstbehandlung?

Falls stationäre Krankenhausaufnahme, Anschrift des Krankenhauses



Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes

Welchen Arzt / welche Ärzte hat der Versicherte in den letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen? Wann und warum?

Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfälle versichert? Falls ja, bei welcher und wie hoch? (Versicherungsschein-Nr.)

Hat der Versicherte früher Unfälle erlitten? Wenn ja, welche?

Besteht bei einer Krankenkasse oder einer Berufsgenossenschaft Versicherungsschutz? (Genaue Anschrift erbeten)

Bankverbindung

Kontoinhaber: _____ Bankleitzahl: _____

Bank (Name und Ort): _____ Konto-Nr.: _____

Erklärung

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Gleichzeitig ermächtige ich die von der Gesellschaft eventuell befragten Ärzte zur Auskunftserteilung über mich. Jeden Arztwechsel werde ich unverzüglich anzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift des Verletzten

VON DER VERTRETUNG AUSZUFÜLLEN!

Letzter Beitrag gezahlt am: _____

Betrag in Euro: _____

Sonstige Bemerkungen: _____



Bitte vom Krankenhaus/Arzt bescheinigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagesgeld versichert gilt.

Versicherungsschein-Nr.: _____

Unfallschaden-Nr.: _____

Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder stationären Krankenhausaufenthalt

Vorname, Zuname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

war wegen der Folgen des Unfalls vom _____

in stationärer Behandlung vom _____ bis _____

in stationärer Behandlung vom _____ bis _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____

Diagnose: _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes