



## Schadenanzeige Unfallversicherung

Versicherer: \_\_\_\_\_

VS-Nr.: \_\_\_\_\_

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Agentur-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)

---

---

**Entschädigung:**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank (Name und Ort): \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

**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 Tagegeld 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