

VS- / Schaden-Nr:

Seite 1 / 4

Versicherungsnehmer/-in

Name/Vorname

Geburtsname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Telefax

Unfallschilderung

Unfalltag

Uhrzeit

Unfallort

Bei welcher Beschäftigung ist der Unfall entstanden?

Mutmaßliche Ursache ist der Unfalls?

Unfallhergang

Hat der/die Verletzte in denn letzten 24 Stunden vor dem Unfall folgendes zu sich genommen:

alkoholische Getränke (wenn ja, Art der alkoholischen Getränke)

Menge (in Promille)

Nein Ja

Medikamente (wenn ja, Art der Medikamente)

Menge (in ml oder Tabletten in Stck.)

Nein Ja

Rauschmittel (wenn ja, Art der Rauschmittel)

Menge (in ml oder Tabletten in Stck.)

Nein Ja

Erfolgte eine polizeiliche Aufnahme?

Nein Ja

Wenn ja, Name der Polizeidienststelle

Aktenzeichen

Wenn ja, zuständige Staatsanwaltschaft

Aktenzeichen

Hat bei dem/der Verletzten eine Untersuchung auf Alkohol stattgefunden?

Nein Ja

Wenn ja, Name der Polizeidienststelle

Wurde dem/der Verletzten die Fahrerlaubnis/Prüfbescheinigung entzogen?

Nein Ja

Wenn ja, Grund der Entziehung

Verletzte/r

Name/Vorname		Geburtsname	
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefax	
Geburtsdatum	Berufliche Bezeichnung		

Worin bestand die hauptberufliche Tätigkeit des/der Verletzten vor dem Unfall?

Kurze Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit.

Wurde von dem/der Verletzten eine nebenberufliche Tätigkeit ausgeübt?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

Hatte der/die Verletzte körperlich mitzuarbeiten?

Nein Ja

Wenn ja, in welcher Arte und Weise?

Arbeitgeber des/der Verletzten

Name/Vorname		Firma	
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
Telefon geschäftlich	Telefax	E-Mail	

Art der Verletzungen

Bitte genaue Definition der Verletzungsart angeben

Wann erfolgte die erste ärztliche Behandlung?

Datum des Erstbehandlung	Uhrzeit
--------------------------	---------

Welcher Arzt führte die Erstbehandlung durch?

Name/Vorname		Praxisname	
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
Telefon geschäftlich	Telefax	E-Mail	

Wurden weitere Ärzte hinzugezogen?

Nein Ja

Wenn ja, Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

War ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?

Nein Ja

Wenn ja, Datum der Einlieferung

--

Datum der Entlassung

--

Aufenthaltsdauer (in Tagen)

--

Besteht eine Arbeitsunfähigkeit

Nein Ja

Wenn ja, Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Datum)

--

Ende der Arbeitsunfähigkeit (Datum)

--

Sind Sie persönlich kraft Gesetzes (oder freiwillig) gegen Arbeitsunfälle versichert?*

Nein Ja

Wenn ja, Name der Berufsgenossenschaft

--

Straße/Hausnummer

--

PLZ/Ort

--

Mitgliedsnummer

--

* Bei selbstständiger Berufsausübung bitte Bescheinigung der Berufsgenossenschaft oder des Steuerberaters einfügen.

Wurde der Unfall einer/m Berufsgenossenschaft/ öffentl.-rechtl. Unfallversicherer gemeldet

Nein Ja

Wenn ja, Name der/m Berufsgenossenschaft/ öffentl.-rechtl. Unfallversicherer

--

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?

Nein Ja

GESUNDHEITS- UND VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSE

Welche gesundheitlichen Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen bestanden bereits vor dem Unfall?

Bitte auch dann angeben, wenn diese nicht im Zusammenhang mit diesem Unfall stehen.

Wird eine Rente bezogen oder läuft ein Rentenverfahren?

Nein Ja

Wenn Rente bezogen wird, seit wann? (Datum)

--

Wenn ein Rentenverfahren läuft, seit wann? (Datum)

--

Bestanden oder bestehen weitere Unfall-, auch Gruppenunfallversicherungen bei anderen Gesellschaften?

Nein Ja

Wenn ja, Name der Gesellschaft

Versicherungsnummer

Versicherungssumme (in Euro)

Eintrittsdatum

BEI KRAFTFAHRZEUGUNFÄLLEN

Welches Kfz wurde benutzt?

Kfz-Kennzeichen	Baujahr	Fahrzeugtyp
Name/Vorname des/der Fahrers/in zum Unfallzeitpunkt	Geburtsname	
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort	

Fuhr der/die Fahrer/in mit dem Einverständnis des Fahrzeughalters? Nein Ja

Hatte der/die Fahrer/in zum Unfallzeitpunkt eine für das Unfallfahrzeug gültige Fahrerlaubnis? Nein Ja

Wenn ja, Führerscheinklasse(n)	Ausstellungsdatum	Name der ausstellenden Behörde
--------------------------------	-------------------	--------------------------------

Wieviele Personen (einschließlich Fahrer) befanden sich zum Unfallzeitpunkt in dem Unfallfahrzeug?

Anzahl der Insassen	jeweiliges Alter der Insassen	Name der ausstellenden Behörde
---------------------	-------------------------------	--------------------------------

Befanden sich unter diesen Insassen Personen, die beim Versicherungsnehmer angestellt sind? (Berufsfahrer) Nein Ja

Wenn ja, Name/Vorname	Straße/Hausnummer	PLZ/Ort

Hatte der/die Verletzte Sicherheitsgurte angelegt? Nein Ja

Ihre Bankverbindung für etwaige Entschädigungsleistungen

Kontoinhaber	Kontonummer
Kreditinstitut	Bankleitzahl

WICHTIG – BITTE AUSFÜLLEN. SIE BESCHLEUNIGEN DADURCH DIE BEARBEITUNG. VIELEN DANK!

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG / Erklärung zu Schaden-Nr.: _____

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben, einholen kann. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene/n _____ ab.

Ort/Datum	Unterschrift des Verletzten/gesetzl. Vertreters
-----------	---

Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine – der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende – Kürzung der Leistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich.

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Ort/Datum	Unterschrift des Verletzten
-----------	---------------------------------------	-----------	-----------------------------