

Schadenanzeige v. Agentur aufgenommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		Schadenanzeige von Agentur weitergeleitet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	
Versicherungsnummer		Schadensnummer (sofern bekannt)	
Versicherungsnehmer (Vorname, Name)			
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)			
LKZ	PLZ	Wohnort	

VD / Agentur-Nr.	Kennung 0   1   2   2   4
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Telefon	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

Versicherungsnehmer (VN)

Allgemeine Schadendaten

Schadenzeitpunkt (Datum / Uhrzeit)	Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung (Datum)	
	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> Vermittler <input type="checkbox"/> schriftlich bei <input type="checkbox"/>	
Schadenort (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort

Polizeiliche Aufnahme

Aufnahmedatum / Dienststelle
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, am /

Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.
-----------------------------

Angaben zu Schadenbeteiligten

1. Schadenbeteiligter  verletzte Person  Augenzeuge  Erstbehandelnder Arzt  Weiterbehandelnder Arzt  Krankenhaus

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

2. Schadenbeteiligter  verletzte Person  Augenzeuge  Erstbehandelnder Arzt  Weiterbehandelnder Arzt  Krankenhaus

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

3. Schadenbeteiligter  verletzte Person  Augenzeuge  Erstbehandelnder Arzt  Weiterbehandelnder Arzt  Krankenhaus

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

4. Schadenbeteiligter  verletzte Person  Augenzeuge  Erstbehandelnder Arzt  Weiterbehandelnder Arzt  Krankenhaus

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

5. Schadenbeteiligter  verletzte Person  Augenzeuge  Erstbehandelnder Arzt  Weiterbehandelnder Arzt  Krankenhaus

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

Weitere Schadenbeteiligte  nein  ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen.)

**Angaben zu Unfallhergang und Schadenausmaß**

Kurze, möglichst **eindeutige Schilderung** zum Unfallhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.

**Gesondertes Blatt**  nein  ja  
**Skizze**  nein  ja

Was wird als Unfallursache angenommen?

**Weitere Angaben zur verletzten versicherten Person**

Wurde eine Blutalkoholprobe abgenommen  nein  ja, Ergebnis \_\_\_\_\_ ‰  
Wurde innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen  nein  ja, Art und Menge: \_\_\_\_\_  
Ist der Unfall auf eine vorher eingetragene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_  
Als Lenker eines Fahrzeugs: Führerschein gültig  nein  ja, und zwar Führerscheinklasse \_\_\_\_\_ / Fahrzeugart \_\_\_\_\_

Leidet oder litt die versicherte Person an einer ersten Erkrankung oder einem Gebrechen  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_  
Welcher Arzt behandelte diese Erkrankung? **Name und Anschrift siehe**  . **Schadenbeteiligter**  
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente  nein  ja, wegen Erwerbsminderung von \_\_\_\_\_ % von (Stelle) \_\_\_\_\_ / Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
Hat die versicherte Person frühere Unfälle erlitten  nein  ja, am \_\_\_\_\_ / Verletzungsart \_\_\_\_\_  
Hat Sie dafür Invaliditätsleistungen erhalten  nein  ja, am \_\_\_\_\_ von (Stelle) \_\_\_\_\_ / Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Anderweitiger Unfallversicherungsschutz für die versicherte Person Name der Gesellschaft \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
– eigene Unfallversicherung  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
– fremde Unfallversicherung (z.B. Arbeitgeber)  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)  nein  ja, und zwar bei \_\_\_\_\_

**Personenschaden**

**Name und Anschrift siehe**  . **Schadenbeteiligter** Anzahl der Personen im Fahrzeug \_\_\_\_\_

**Beschreibung der Verletzung**

Befreiung des Verletzten mit Rettungsschere  Abtransport mit Rettungshubschrauber  Transport in Spezialklinik

**Arbeitsunfähigkeit**  nein  ja, voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_ Wochen

**Ambulante Behandlung**  nein  ja, voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_ Wochen

**Stationäre Behandlung**  nein  ja, voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_ Wochen

**Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt wurde**  VN ausgehändigt  versicherten Person ausgehändigt  wurde nicht ausgehändigt

**Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt**  folgt vom Krankenhaus  liegt bei (vom Krankenhaus ausgefüllt und unterschrieben)

**Sonstige Angaben**

**Konto für die Schadenzahlung**

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer/verletzte Person, dann auch Wohnort angeben) \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Geldinstitut (Name und Ort) \_\_\_\_\_

**Verantwortlichkeit, Entbindung von der Schweigepflicht, Schlussklärung, Unterschrift**

Alle Fragen wurden wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit alle Angaben überprüft, die ich 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.

Zu diesem Zwecke befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Ebenso befreie ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

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

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) \_\_\_\_\_ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers