

Anzeige eines Leistungsfalls Unfall

Vertrags-Nummer:

Leistungsfall:

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift):

Verletzte Person (Name, Anschrift):

Tagsüber zu erreichen unter:

Telefon:

Tagsüber zu erreichen unter:

Telefon:

Fax:

Fax:

E-Mail:

E-Mail:

Geburtstag:

Geburtstag:

Beruf:

Beruf:

Sind Sie damit einverstanden, dass die Leistungen aus der Unfallversicherung
an die verletzte Person gehen?

Ja Nein

Konto für Entschädigungen:

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Schadendatum:

Uhrzeit (ca.):

Schadenort:

Bitte schildern Sie ausführlich, wie der Schaden entstanden ist und wodurch er verursacht wurde:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Nein Ja

Welche Polizeidienststelle hat den Schaden aufgenommen:

Tagebuch-Nr.

Aktenzeichen:

Gibt es Unfallzeugen? Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte die Namen und vollständigen Anschriften an:

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

Nein Ja, wenn ja, was? Welche Menge?

Könnte eine Bewusstseinsstörung den Unfall verursacht oder mit verursacht haben?

Nein Ja, wenn ja, welche?

Schildern Sie bitte Art und Umfang der unfallbedingten Verletzungen:

Welche unfallbedingten Dauerfolgen sind bereits eingetreten? Welche sind absehbar?

Wann nach dem Unfall wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum:

Uhrzeit (ca.):

Wer war der behandelnde Arzt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Welcher Arzt behandelt den Verletzten jetzt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Wurde der Verletzte aufgrund des Unfalles in einem Krankenhaus vollstationär behandelt?

Nein Ja, vom bis (Bescheinigung bitte beifügen.)

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall (Weg von/zur Arbeit/Schule/Kindergarten/etc.)?

Nein Ja

Wenn ja, Name und Anschrift der zuständigen Berufsgenossenschaft:

Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert?

Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte die Namen und vollständigen Anschriften der anderen Versicherer und die Vertrags-Nummern an:

Hat der Verletzte bereits früher einen/mehrere Unfälle erlitten? Sind Dauerschäden verblieben?

Nein Ja

Wenn ja, bitte Art und Umfang der erlittenen Verletzungen angeben:

Wichtige Hinweise:

Mit dem Schaden im Zusammenhang stehende Daten werden elektronisch verarbeitet.

Wir weisen darauf hin, dass alle unwahren oder unvollständigen Angaben im Zusammenhang mit diesem Schadenfall zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, wenn uns dadurch bei der Feststellung zum Eintritt oder Umfang des Schadens Nachteile entstehen; bei Vorsatz in vollem Umfang, bei grober Fahrlässigkeit entsprechend der Schwere des Verschuldens.

Den vorstehenden Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller im Formular gemachten Angaben.

Mir ist auch bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, 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.

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

Unterschrift des Verletzten oder seiner Angehörigen