

## Schadenmeldung Unfall

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| Versicherungsgesellschaft: | Polizzenummer: |
|----------------------------|----------------|

### VERSICHERUNGSNEHMER

|  |  |
|--|--|
| Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma |  |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer                      |  |
| Telefonnummer                                  |  |

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

### VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Vor- und Zuname           | Geburtsdatum |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer |              |
| Telefonnummer             |              |

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

### EREIGNISBESCHREIBUNG

|                      |     |
|----------------------|-----|
| Schadendatum/Uhrzeit | Ort |
|----------------------|-----|

Behördlich aufgenommen?  ja  nein Von wem?

Geschäftszahl:

Genaue Sachverhaltsdarstellung

### FALLS DIE VERLETZTE PERSON KFZ-LENKER WAR:

|                    |           |                 |                 |
|--------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| Führerscheinnummer | Gruppe(n) | ausgestellt am: | ausgestellt von |
|--------------------|-----------|-----------------|-----------------|

### ALLGEMEINE FRAGEN

Art der Verletzung?

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| Arbeitsunfähigkeit von | bis einschließlich |
|------------------------|--------------------|

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Voraussichtliche Behandlungsdauer | Name und Adresse des behandelnden Arztes? |
|-----------------------------------|---|

|             |                                   |                                    |     |     |
|-------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|-----|
| Krankenhaus | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär | von | bis |
|-------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|-----|

|   |
|---|
| Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? |
|---|

|   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?  | <input type="checkbox"/> ja             | <input type="checkbox"/> nein |
|   | <input type="checkbox"/> möglicherweise |                               |
| Handelt es sich um einen Freizeitunfall?  | <input type="checkbox"/> ja             | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?   | <input type="checkbox"/> ja             | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn „JA“ bei welchen Gesellschaften?   |   |                               |
| Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?  | <input type="checkbox"/> ja             | <input type="checkbox"/> nein |
| Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?<br>(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogen-Missbrauch etc.) | <input type="checkbox"/> ja             | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn JA, wie?   |   |                               |
| Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?   | <input type="checkbox"/> ja             | <input type="checkbox"/> nein |

### **BANKVERBINDUNG**

|                                       |                     |              |
|---------------------------------------|---------------------|--------------|
| Entschädigungszahlung an Kontoinhaber | Bankleitzahl / Bank | Konto-Nummer |
|---------------------------------------|---------------------|--------------|

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

- a) Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der zuständigen Versicherungsgesellschaft über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- b) Ich bevollmächtige die zuständige Versicherungsgesellschaft sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

|            |                             |                                       |
|------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift des Verletzten | Unterschrift des Versicherungsnehmers |
|------------|-----------------------------|---------------------------------------|