

Versicherungsgesellschaft:

**UNFALL
SCHADENANZEIGE**

Polizzenummer:

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname / Firmenname	Telefon
Straße, Nummer	PLZ, Ort

VERSICHERTE (VOM UNFALL BETROFFENE) PERSON

Vor- und Zuname / Firmenname	Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Beschäftigung und Nebenbeschäftigung		

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ereignisort	Datum	Ort
Schilderung des Ereignisablaufs und Angabe der Verletzungen		

FÜHRERSCHEINDATEN (WENN DIE VERLETZTE PERSON KFZ-LENKER WAR)

Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	Nummer	Gruppen
----------------------	-------------------	--------	---------

ERGÄNZENDE ANGABEN

Ist die versicherte Person auch bei anderen Versicherern lebens-, kranken- oder unfallversichert bzw. wurden solche Versicherungen beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei welchen Gesellschaften?	Polizzenummer



VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Genauere Beschreibung über die Art der Verletzung

Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____

➡ Antworten auf nachfolgende Fragen nur dann, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 10 Tagen zu erwarten ist!

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert?

(z.B.: Verlust bzw. Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, Wirbelsäulenleiden, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.)

ja nein

Haben Krankheit, Gebrechen, Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

ja nein

UNFALLFOLGEN

Hat der Unfall eine bleibende Invaliderität zur Folge?

ja nein möglicherweise

Welche?

BEHANDLUNGSDAUER

Wurde der Verletzte stationär behandelt?

ja nein

von: _____ bis: _____

Wurde der Verletzte ambulant behandelt?

ja nein

von: _____ bis: _____

Wie lange befindet sich der Verletzte voraussichtlich noch in häuslicher/ambulanter Behandlung?

In welchem Krankenhaus?

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE

Wann wurde Erste Hilfe in Anspruch genommen?

Wer hat diese geleistet?

Unterschrift (Stempel) des behandelnden Arztes

Ort / Datum

Ich ermächtige

- 1) die Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, meinem Unfallversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben,
- 2) meinen Unfallversicherer, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch meine Versicherung einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers

