

SCHADENANZEIGE UNFALL

VERSICHERUNGSNEHMER

Name, Vorname, Firma
Adresse / Stempel

Ansprechpartner für Rückfragen

Name

Telefon

E-Mail

Versicherungsschein-Nr.

Eigene Schadennummer

SCHADENHERGANG

Schadentag

Uhrzeit

Ort

Detaillierte Schadenschilderung (Hergang, Ursache etc., ggf. auf separatem Blatt ergänzen).

Wo geschah der Unfall?

Arbeit

Wegeunfall

Freizeit

Handelte es sich um eine
Dienstreise?

Ja

Nein

SCHADENUMFANG

Angaben zur verletzten Person:

Name, Vorname

PLZ/ Ort, Straße

Email

Telefonnummer

Mobilnummer

Beruf und kurze Beschreibung der Tätigkeit

Gesundheitsschädigung:

Verletzte(r) Körperteil(e)

Art der Verletzungen

Wurden vor dem Unfall Alkohol,
Medikamente oder Rauschmittel
eingenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche ?

Wurde eine Blutprobe entnommen?

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchem
Ergebnis?

 %

Hat die verletzte Person ein Verkehrsmittel
benutzt?

Ja

Nein

Wenn ja, welches?

PKW

LKW

Moped

Motorrad

Fahrrad

anderes Verkehrsmittel als: Fahrer Insasse

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Ja

Nein

Dienststelle

Aktenzeichen

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte Schadenanzeige zurück an stephanie.ziemann@martens-prahl.de

Arzt- und Krankenhausbehandlungen // Bitte Arzt- und Krankenhausberichte mitsenden!

Erste ärztliche Hilfe am	<input type="text"/>	Name / Anschrift des behandelnden Arztes / Krankenhauses	<input type="text"/>
Weiterbehandlung / Überweisung am	<input type="text"/>	Name / Anschrift des behandelnden Arztes / Krankenhauses	<input type="text"/>

Arbeitsunfähigkeit

Ab wann wurde die verletzte Person arbeitsunfähig?

Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich arbeitsunfähig sein?

Bis ca.

Wird die verletzte Person stationär behandelt? Nein Ja, seit dem bis voraussichtl.

Vorerkrankungen und Vorunfälle

Hat die verletzte Person wegen anderer Erkrankungen oder früheren Unfällen in den letzten 5 Jahren einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt? Ja Nein

Welche Unfälle? (bitte Datum und Art der Verletzung angeben)

Datum	<input type="text"/>	Art der Verletzung	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Art der Verletzung	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Art der Verletzung	<input type="text"/>

Welche Krankheiten?

Datum	<input type="text"/>	Art der Erkrankung	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Art der Erkrankung	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Art der Erkrankung	<input type="text"/>

Renten

Erhält die verletzte Person eine Invaliditätsrente? Nein Ja, Art:

Wurde vor dem Unfall eine Invaliditätsrente beantragt? Nein Ja, Grund:

Andere Versicherungen

Bestehen zur Zeit noch weitere Unfall- / Insassenunfall-Versicherungen? Ja Nein

1. Versicherer	<input type="text"/>	Vertragsnummer	<input type="text"/>
2. Versicherer	<input type="text"/>	Vertragsnummer	<input type="text"/>
3. Versicherer	<input type="text"/>	Vertragsnummer	<input type="text"/>

Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? Ja Nein

Ist ein Krankenhaustagegeld über eine Krankenversicherung versichert? Ja Nein

Erklärung

Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Schweigepflichtsentbindung

Mir ist 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 die von mir veranlassten Mittellungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck 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 entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung 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, der / die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Bankverbindung für vereinbarte Entschädigungsbeträge

Kontoinhaber			
IBAN		Name der Bank	
Ort, Datum		Unterschrift / Stempel Versicherungsnehmer	
Ort, Datum		Unterschrift / Stempel versicherte Person bzw. gesetzl. Vertreter	

NOTIZEN (ergänzende Informationen)