

# 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? (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.

- Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der zuständigen Versicherungsgesellschaft über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- 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
------------	-----------------------------	---------------------------------------