

U
Versicherungsschein-/Schadensnummer
Geschäftsstelle/Vermittler

Unfall-Schaden-Anzeige

Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen
Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.
Reicht der Platz nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

1. Versicherungsnehmer:

Name:	Telefon privat:
Straße:	Telefon dienstl.:
PLZ/Ort:	eMail:

2. Schadentag	am: _____ um: _____
----------------------	---------------------

3. Schadenort (genaue Ortsbeschreibung, z. B.: vor welchem Haus, wo auf dem Gehsteig/der Fahrbahn, in welcher Wohnung/Gaststätte/Betrieb)	PLZ: _____ Ort: _____
--	-----------------------

4. Angaben zur verletzten Person:	
1. Name, Vorname	
2. Anschrift, Telefonnummer	
3. Geburtsdatum	
4. Welche Berufstätigkeit übte die verletzte Person zur Unfallzeit aus?	
Seit wann wird diese Tätigkeit ausgeübt?	

5. Wie hat sich der Unfall ereignet?

6. Welcher Art war der Unfall?

1 = Berufsunfälle – oder bei Kindern Unfälle in der Schule sowie bei schulischen Veranstaltungen – ohne Wegeunfälle (nicht Unfälle von Hausfrauen, die keinen anderen Beruf ausüben).

3 = Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte, bei Kindern auf dem Weg zur und von der Schule/zu und von schulischen Veranstaltungen.

4 = Unfälle bei der Tätigkeit für den Haushalt, auch bei Einkäufen.

9 = sonstige Unfälle (= Unfälle, die weder zum Beruf oder zum Schulbesuch noch zur Tätigkeit für den Haushalt in Beziehung stehen).

7. Welche Personen waren Zeugen des Herganges? Wenn keiner zugegen war, wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen?	Name, Anschrift, Telefonnummer: _____ _____ _____ _____
--	---

8. Wurde der Unfall polizeilich oder von einer anderen Dienststelle (Berufsgenossenschaft etc.) aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja Anschrift der Dienststelle: Tagebuch-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> nein
---	---

9. Handelt es sich um einen Unfall mit Kfz.? War die verletzte Person Lenker oder Mitfahrer?	<input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen des Kfz.: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer
--	--

Bitte abtrennen und vom Arzt/Krankenhaus bestätigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagegeld versichert ist.

Vom Verletzten auszufüllen	Versicherungsschein-Nr.: _____
	Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder Krankenhausaufenthalt Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____ Straße: _____ Nr. _____ PLZ: _____ Ort: _____
Vom Arzt/ Krankenhaus auszufüllen	war wegen der Folgen des Unfalles vom _____ Diagnose: _____ – in stationärer Behandlung vom _____ bis _____ – arbeitsunfähig vom _____ bis _____ zu % _____ vom _____ bis _____ zu % _____ vom _____ bis _____ zu % _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift