

Schadenanzeige für die Unfallversicherung

Schaden-Nr.: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Vermittler: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig und ausführlich (ggf. auf einem gesonderten Blatt) und schicken uns diese Anzeige **unverzüglich** zurück.

Bitte beachten Sie:
Eine **grob fahrlässig** oder **vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungskürzungen oder sogar zu einer vollständigen Leistungsfreiheit führen.**

Name und Vorname des Versicherungsnehmers	Beruf
Anschrift	Tagsüber telefonisch erreichbar unter

1. Angaben zu der verletzten Person bzw. zum Versicherten

1.1 Vor- und Zuname	
1.2 Geburtsdatum	
1.3 Straße, Haus-Nr., Postfach	
1.4 Postleitzahl, Wohnort	
1.5 Ausgeübter Beruf	
1.6 Etwaige Nebenbeschäftigung	
1.7 Wird körperliche Berufsarbeit ausgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann:

2. Fragen zum Unfallhergang

2.1 Unfalldatum und Uhrzeit	2.2 Unfallort:
2.3 Ereignete sich der Unfall - in Ausübung des Berufes, in der Schule? - auf dem Weg zu oder von der Arbeit bzw. Schule oder schulischen Veranstaltungen? - bei einer Tätigkeit im oder für den Haushalt? - in sonstigen Lebensbereichen (z. B. Hobby, Sport usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.4 Wie hat sich der Unfall ereignet? (Bitte eingehende Schilderung und ggf. gesondertes Blatt und/oder Skizze beifügen)	_____ _____ _____ _____ _____

3. Fragen zu den Unfallfolgen

3.1 Welche Körperteile wurden verletzt?	_____
3.2 Art der Verletzung	_____
3.3 Besteht/Bestand Arbeitsunfähigkeit?	Falls ja: <input type="checkbox"/> völlig <input type="checkbox"/> teilweise von/bis
3.4 Stationäre Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von/bis

4. Bescheinigung des behandelnden Krankenhauses/Arztes

Die unter Ziffer 1 genannte Person war in der Zeit vom _____ bis _____ in stationärer Behandlung

Diagnose: _____

Sind die behandelten Gesundheitsschädigungen Folgen des o. a. Unfalles? ja nein teilweise

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes bzw. Krankenhauses

5. Fragen zu den Unfall-Begleitumständen

5.1 Stand die verletzte Person unter Einfluss von - Alkohol - Medikamenten - Rauschmitteln	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> nein
5.2 Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja, mit folgendem Ergebnis _____ <input type="checkbox"/> nein
5.3 Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Wenn ja, von welcher Polizeidienststelle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ Tagebuch-Nr.: _____

6. Fragen zu der ärztlichen Behandlung

6.1 Wann wurde erste ärztliche Hilfe geleistet? Durch wen?	Datum _____ Uhrzeit _____ _____
6.2 Bei welchen Ärzten / Krankenhäusern war die verletzte Person weiterhin in Behandlung? (Von wann bis wann)?	_____ _____
6.3 Wer ist der derzeit behandelnde Arzt?	_____
6.4 Wer ist der Hausarzt der verletzten Person?	_____
6.5 Ist zukünftig noch mit einer stationären Krankenhausbehandlung zu rechnen? Wenn ja, wann und in welchem Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Fragen zu Vorerkrankungen und früheren Unfällen

7.1 War die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt erkrankt oder litt Sie an einem Gebrechen? Wenn ja, woran? Behandelnde Ärzte:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
7.2 Hat die verletzte Person schon früher Unfallverletzungen oder sonstige Schädigungen an den nun betroffenen Körperteilen erlitten? Wenn ja, wann und inwiefern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____

8. Andere Unfallversicherungen / Berufsgenossenschaft

8.1 Bestehen für die verletzte Person weitere private Unfallversicherungen? Wenn ja, bitte Angabe der Namen und Aktenzeichen der Versicherungsunternehmen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
8.2 Wurde der Unfall auch einer gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft) gemeldet? Wenn ja, bitte Angabe des Namens, der Anschrift und des Aktenzeichens der gesetzlichen Unfallversicherung (BG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____

Diese Angaben habe(n) ich (wir) wahrheitsgemäß gemacht. Ich bin darüber informiert, dass eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung der gestellten Fragen zu Leistungskürzungen oder zu Leistungsfreiheit führen kann.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Unterschrift versicherte Person

Als Mitarbeiter/in des Itzehoer Versicherung / Brandgilde von 1691 Versicherungsvereins a. G. habe ich bei der Aufnahme dieser Schadenanzeige mitgewirkt.

Ort und Datum

Unterschrift des Vermittlers