

# Schadensanzeige: Unfallversicherung

Betreuender Makler:

VM-Nr.: .....



Meldedatum: ..... (von VN gemeldet)

Schadenstag: ..... um ..... Uhr

entdeckt am: ..... um ..... Uhr

von: .....

## Versicherungsnehmer

## Versicherer

Name: .....  
Straße: .....  
PLZ/Ort: .....  
Tel: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Unfallversicherung: Vertragsnr.: ..... Schadens-Nr.: .....

Eingang beim Makler: ..... Weiterleitung am: ..... von: .....  per Fax  per Post

**Der Eingang der Schadensmeldung muss vom Makler bestätigt werden!**

## Angaben zum Schaden:

Unfall-Schadensanzeige zu Versicherungsnr.: .....

Unfallverletzte Personen: a) .....

b) .....

Unfalltag: ..... Uhrzeit: ..... Schadensort: .....

Unfallhergang: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Die genaue Schadensmeldung wird von versicherter Person erst später abgegeben, da sich diese Person derzeit in stationärer Behandlung befindet.  
Klinik: .....
- Versicherte Person ist verstorben, Schadensmeldung folgt.
- Schadensmeldung vorab, mündlich, gemeldet an: .....

## Weitere Fragen zum Schaden:

Art der Verletzung, wenn bekannt: .....

Wann erfolgte die 1. ärztliche Behandlung wegen des Unfalls? .....

Durch welchen Arzt erfolgte diese erste Behandlung? .....

Welche Ärzte wurden noch hinzugezogen? .....

Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt? (bei KHTG bitte Beleg inkl. Diagnose vom Krankenhaus nachreichen!)  
 nein  ja, Klinik: ..... von: ..... bis: .....

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  
 nein  ja, Dienststelle: ..... Tagebuch-Nr.: .....

Sind Zeugen vorhanden?  
 nein  ja, Name/Adresse: .....

Hat die Person innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?  
 nein  ja, folgende: .....

Ist eine Blutprobe erfolgt?  
 nein  ja, Ergebnis: ..... %

Seite 2, Versicherungsnehmer: .....

**Fragen zu den Versicherungsverhältnissen:**

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Verletzte versichert? .....

Bei Arbeitsunfall Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft: .....

Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen der verletzten Person?

nein  ja, seit/bis: ..... Versicherer: ..... Versicherte Person: .....

Bestanden oder bestehen Lebensversicherungen/Berufsunfähigkeitsversicherungen? (wenn relevant)

nein  ja, und zwar: 1. ....  
ja, und zwar: 2. ....  
ja, und zwar: 3. ....

**Bei Kraftfahrzeug:**

Fahrzeugart:  PKW  LKW  Krad  Fahrrad

Fahrer des Fahrzeuges: ..... Führerschein-Datum: .....

Ggf. Führerschein-Nr.: .....

Halter des Fahrzeuges: .....

Versichert bei: .....

Wieviele Insassen befanden sich im Fahrzeug? .....

Hatte sich der Verletzte angeschnallt?  nein  ja

**Sonstige Fragen:**

Welche Vorerkrankungen hat die verletzte Person bisher durchgemacht? .....

Hatte die verletzte Person schon vor diesem Unfall Verletzungen?  nein  ja, folgende: .....

Worin bestand die hauptberufliche Tätigkeit des/der Verletzten vor dem Unfall? .....

Vorstehende Fragen wurden nach bestem Wissen beantwortet. Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit dem Versicherer gegenüber von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort: ..... Datum: ..... Versicherungsnehmer: X .....

(Unterschrift)