

Kenny Starke

*Versicherungsmakler und Berater
in Versicherungsangelegenheiten.
Gewerblicher Vermögensberater*

Schadensmeldung zur Unfall-Versicherung

Polizzenummer

Schadennummer

Versicherungsnehmer

Name, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon, E-Mail

Versicherte Person

Name, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon, E-Mail

Angaben zum Unfallgeschehen

Schadentag Schadenzeit

Schadenort

Genauere Schilderung des Unfallherganges

Welche Verletzungen sind aufgetreten?

Schadenart Betriebs-/Arbeitsunfall Wegeunfall (auf direktem Weg von / zur Arbeitsstätte)

Unfall ohne Bezug zum Beruf

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

nein ja, was und welche Menge?

Wann (Uhrzeit und Datum)?

Blutalkoholgehalt in ‰ zum Unfallzeitpunkt

Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

Art des KFZ (z.B. PKW, LKW, Bus, etc.) Marke / Type

Kennzeichen Führerscheinklasse des Fahrers

Namen und Anschriften der Insassen

1.

2.

3.

Wenn als Autoinsasse, war der Verletzte angeschnallt?

ja

nein

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

nein

ja, Dienststelle / Aktenzeichen

Wann und durch wen wurde zuerst ärztliche Hilfe geleistet?

Datum Uhrzeit

Arzt (Name und Anschrift)

Wann und durch wen wurde die Behandlung fortgesetzt?

Datum Uhrzeit

Arzt (Name und Anschrift)

Datum Uhrzeit

Arzt (Name und Anschrift)

Ist / war eine stationäre Behandlung erforderlich?

nein

ja, seit

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern?

Wurde beendet am

Findet zur Zeit noch eine ambulante Behandlung statt?

nein

ja, seit

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern?

Wurde beendet am

Ist der Verletzte arbeitsunfähig?

nein ja, ab

Wie lange wird die Arbeitsunfähigkeit dauern?

War der Verletzte vor Eintritt des Unfalles vollkommen gesund und arbeitsfähig?

ja nein

Falls nein, welche anderen Erkrankungen lagen vor?

Haben Sie bereits früher Unfälle erlitten, wenn ja mit welchen Folgen?

.....
.....

Ist nach ärztlicher Meinung mit dauernden Folgen (Invalidität) zu rechnen?

ja nein

Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren konsultiert?

Name und Anschrift

Grund

Name und Anschrift

Grund

Besteht, oder bestand noch anderweitig Versicherungsschutz gegen Unfälle?

nein ja, Gesellschaft

Polizzenummer

Entschädigungsleistung Kto.-Nr.

BLZ

Bank

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Versicherungsgesellschaft, zum Zwecke der Schadensbearbeitung, erkläre ich mich einverstanden.

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden der Gesellschaft Auskünfte zu erteilen.

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, und zwar auch dann, wenn dem Versicherer dadurch keine Nachteile entstehen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kunde