

E & K

Versicherungsmakler
G m b H

Schadenanzeige Unfall-Versicherung

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

--

Versicherer:

Versicherungsschein-Nr.:

Schaden-Nr.:

Telefon:

Telefax:

Schadentag und Uhrzeit:

Schadenort:

Name und Anschrift der Versicherten Person

--

Telefon:

Telefax:

Bank-
verbindung

BLZ u. Name der Bank

Konto-Nr.

Kontoinhaber

Schadenschilderung:

--

Art der Verletzung

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

von

bis

Stationäre Behandlung

von

bis

Wann war die Erstbehandlung? / Anschrift des Arztes / Krankenhaus

Wann waren weitere Behandlungen? / Anschrift des Arztes / Krankenhaus

--

Krankheiten (auch frühere) / Gebrechen / frühere Unfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche und wann?		

Benutztes Verkehrsmittel		
War die verletzte Person Fahrzeuglenker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Unfallversicherungen (auch erloschene)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? (Gesellschaft, Anschrift, Versicherungsschein-Nummer)		

Polizeiliche Aufnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Polizeidienststelle:		

Zeugen des Vorfalls?
Name:
Wohnort:

Hatte die Verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde ein Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<input type="checkbox"/> Unfall bei Tätigkeit im Haushalt
<input type="checkbox"/> Unfall im eigenen häusl. Bereich
<input type="checkbox"/> Wegeunfall
<input type="checkbox"/> Berufs- oder Schulunfall
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall

Wichtig:

Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, und andere Versicherer werden ermächtigt, alle erforderlichen Auskünfte zu geben.

Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben können auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn sie keinen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalls oder auf die Feststellung bzw. den Umfang der Versicherungsleistung gehabt haben. Wir danken für Ihre Mithilfe.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten / Gesetzlicher Vertreter