

Polizzen-Nummer _____ Schaden-Nummer _____

VERSICHERUNGSNEHMER: Name _____

Adresse _____

Telefon tagsüber _____

ALLGEMEINE FRAGEN

Vor- und Zuname der/des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum des Verletzten: _____

1. Tag des Unfalles: _____ Uhrzeit: _____

2. Ort des Unfalles: _____

3. Welche Polizei- bzw. Gendarmeriedienststelle hat interveniert?

4. Lenkte die/der Verletzte ein Fahrzeug? nein ja,
welches:

4a. Führerscheindaten: _____

4b. Kennzeichen des Kraftfahrzeuges: _____

5. Lag eine Alkoholisierung des Lenkers vor? nein ja

6. Bestehen andere Unfallversicherungen bzw. Krankenversicherungen? nein ja

6a. Bei welcher Gesellschaft? _____

7. Krankenkasse des Verletzten: _____

8. War die/der Verletzte alkoholisiert? nein ja

9. War die/der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund? nein ja

9a. wenn nicht, welche Krankheit liegt vor? _____

ALLGEMEINE FRAGEN
2.Seite

10. Hat die/der Verletzte schon einmal einen Unfall erlitten nein ja
- 10a. Ist daraus eine Invalidität verblieben? nein ja
- 10b. Worin besteht diese Invalidität? _____
11. Seit wann besteht die Krankheit/ das Gebrechen / die Invalidität?
seit: _____
12. Wurde eine Invaliditätsentschädigung bereits bezahlt? nein ja
- 12a. Wenn ja: wann? _____
- Von welcher Gesellschaft: _____

Ausführliche Darstellung des Unfallherganges:
ÜBERWEISUNG

Überweisung erbeten auf Konto-Nr: _____

Bank / Bankleitzahl: _____

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- a) die Fragen in der Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe;
- b) Ärzte und Krankenanstalten von ihrer Schweigepflicht über derzeitige oder etwaige frühere medizinische Behandlungen und Hilfeleistungen gegenüber der Versicherungsgesellschaft und der von ihr beauftragten Personen entbinde;
- c) die Versicherungsgesellschaft und die von ihr beauftragten Personen bevollmächtige, in einen behördlichen oder gerichtlichen Strafakt Einsicht zu nehmen;
- d) die Versicherungsgesellschaft zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten ermächtige.

Es ist mir bekannt, dass unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken können.

Datum

Unterschrift des
Versicherungsmitarbeiters

Unterschrift des
Verletzten