

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an:

VD	Agentur
VS-Nr.	Schaden-Nr.

Schadenanzeige zur Allgemeinen Unfallversicherung Kraftfahrt-Unfallversicherung

Dieses Formular ist innerhalb von zwei Wochen an den Versicherer zu senden.

Eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungsfreiheit führen.

1. Versicherungsnehmer(in)

Vor- und Zuname, Firma

Anschrift

E-Mail

Telefon

Telefax

2. Verletzte(r)

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Anschrift

E-Mail

Telefon

Telefax

Beruf zum Zeitpunkt des Unfalls

Beruf seit wann (Monat/Jahr)

3. Unfallereignis

Datum

Uhrzeit

Ortsangabe mit Postleitzahl

3.1 Wann und Wo?

3.2 Art des Unfalls

Freizeitunfall

Sportunfall

Unfall im Straßenverkehr

Berufsunfall

Schulunfall

Wegeunfall von/zur Arbeitsstätte

Wegeunfall von/zur Schule

sonstiger Unfall

3.3 Wodurch wurde der Unfall verursacht?
Wie war der Unfallhergang?

Bitte diese Frage ausführlich beantworten, so dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt



3.4 Welche Person(en) war(en) Augenzeuge(n) des Unfallhergangs? Name(n)/Anschrift(en)

3.5 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? nein ja Welche Dienststelle – Anschrift

 _____ Aktenzeichen

3.6 Wurde der Vorgang an die Staatsanwaltschaft gegeben? nein ja Anschrift Aktenzeichen

3.7 Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Medikamente/Rauschmittel zu sich genommen?
 Alkohol wann, was, wieviel? (auch geringe Mengen angeben)
 nein ja _____
 Medikamente/ Rauschmittel wann, was, wieviel? (auch geringe Mengen angeben)
 nein ja _____

3.8 Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja Ergebnis in ‰

4. Unfallfolgen (Diagnose)

4.1 Verletzte(r) Körperteil(e)/ Art der Verletzung(en)

4.2 Bei welchem Arzt erfolgte nach dem Unfall zuerst die Behandlung? Name und Anschrift An welchem Tag?

4.3 Welche Ärzte wurden wegen des Unfalles außerdem noch in Anspruch genommen? Name und Anschrift Ab welchem Tag?

4.4 Erfolgte stationäre Krankenhausbehandlung? nein ja Von wann bis wann (einschließlich)

4.5 Bei Berufstätigen: Arbeitsunfähigkeit ab Unfalltag voraussichtlich bis 6 Wochen voraussichtlich länger als 6 Wochen
 Bei Schüler/innen: Schulausfall voraussichtlich bis 19 Tage voraussichtlich länger als 19 Tage

4.6 Ist zu befürchten, dass der Unfall auf Dauer verbleibende Beeinträchtigungen hinterlässt? nein ja noch nicht abzusehen

5. Vorschädigungen/ Vorerkrankungen

5.1 Stand die verletzte Person in den letzten 5 Jahren wegen früherer Unfälle bzw. Verletzungen oder Krankheiten in ärztlicher Behandlung? nein ja Wann und wegen welcher Diagnose?

 Bei welchen Ärzten (Name/Anschrift)

5.2 Hatte die verletzte Person bereits Beschwerden an dem/den jetzt verletzten Körperteil(en) oder Sinnesorgan(en)? nein ja Wann und welche?

5.3 Hausarzt der verletzten Person? Name und Anschrift

6. Weitere Versicherungen

6.1 Bestehen oder bestanden für die verletzte Person noch weitere Unfall-, Insassen-, Unfall-Tagegeld bzw. Krankenhaustagegeld-Versicherungen? nein ja Name(n), Anschrift(en), Vers.-Nr.

6.2 Bei welcher gesetzl. Unfallversicherung ist die verletzte Person versichert? Name(n), Anschrift(en) und Vers.-Nr. (z. B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung)

6.3 Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehört die verletzte Person an? Name(n), Anschrift(en) und Vers.-Nr. der Krankenkasse/Krankenversicherung

6.4 Hat die verletzte Person bereits Versicherungsleistungen aufgrund von Unfällen erhalten oder wird aufgrund von Unfällen oder Krankheiten eine Rente bezogen? nein ja Von wem? / Wann?

Wegen welcher Gesundheitsbeeinträchtigung?

Die Fragen unter Punkt 7 nur bei Kraftfahrzeugunfällen beantworten

7. Kraftfahrzeugunfälle

7.1 Welches Kfz wurde bei der Fahrt benutzt? Pkw Krafträder (Mofa/Moped/Motorrad) LKW _____
Polizeiliches Kennzeichen Fabrik-Marke Fahrgestell-Nr. Zahl der Sitzplätze

7.2 Wer ist Halter(in) des Kfz? Name und Anschrift

7.3 Wieviel Insassen saßen im Kfz? Anzahl einschl. Fahrer Welche Insassen hatten den Sicherheitsgurt angelegt?

7.4 Wer war Fahrer(in) des Kfz? Name und Anschrift

7.5 Welchen Führerschein besitzt der/die Fahrer(in)? Klasse Ausstellungsdatum Ausstellungsort

Bei Kraftradunfällen:

Bitte Kopie der Fahrerlaubnis der Fahrer(in) und Kopie des Fahrzeugscheines beifügen

8. Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Wichtiger Hinweis!

