

Unfall-Schadenanzeige

Bitte schicken Sie das Formular ausgefüllt zurück an:

Heinrich Poppe GmbH
Bremer Str. 3

21244 Buchholz

Vers.-Schein-Nr. _____
Schaden-Nr. _____

Unfalltag: _____
(Monat/Jahr/Uhrzeit)

Unfallort: _____
(PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr., Räumlichkeiten)

Wenn genauer Schadenzeitpunkt nicht bekannt:

Frühestens am _____
Spätestens am _____

Angaben zur versicherten Person:

Name: _____
Geb. Datum _____
Anschrift: _____
Tel.Nr. _____
Beruf _____

Unfallhergang und Tätigkeit z.Zt. des Unfalls (bitte genaue, wahrheitsgetreue Schilderung):

Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten? Welche Körperteile sind betroffen?

Polizeiliche Meldung:

- Ja
 Nein

Dienststelle: _____
Aktenzeichen: _____

Gebührenpflichtig verwarnt/angezeigt?

- Nein
- Ja

Ggf. wer? _____

Alkohol vor dem Unfall getrunken?

- Ja
- Nein

Blutprobe entnommen?

- Ja
- Nein

Menge: _____

Welche Personen waren bei dem Unfall anwesend? (Namen und Adresse)

Bei welcher anderen Gesellschaft ist der Versicherte gegen Unfall versichert? Ggf. seit wann?

Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte:

Welcher Krankenkasse oder –versicherung gehört der Verletzte an?

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?

Bei Kfz-Insassenunfallversicherung sind zusätzlich nachstehende Fragen zu beantworten:

Amtl. Kennzeichen: _____

Fahrzeugart (LKW, PKW usw.) _____

Fabrikat und Typ: _____

Gültiger Führerschein: Klasse _____

Ausstellungsdatum: _____

Namen und Anschriften der verletzten Insassen:

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Hatten die verletzten Personen bei Schadeneintritt einen Sicherheitsgurt angelegt?

- Ja
- Nein

Gesamtzahl aller im Fahrzeug befindlichen Insassen (einschl. Fahrer?) _____ Personen

Unterschriften/Zahlungen

Der Versicherungsnehmer ist für Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere sie niederschreibt. Wer vorsätzliche Angaben macht, verliert seinen Versicherungsschutz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese unrichtigen oder unvollständigen Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort Datum Unterschrift Versicherter/Verletzter Unterschrift Versicherungsnehmer

Zahlungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber Geldinstitut Bankleitzahl Kontonummer

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus dem von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Die Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern-, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die /den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

(Ort) (Datum) (Unterschrift/Tel. Nr. des Versicherten/Verletzten)

(Ort) (Datum) (Unterschrift/Tel. Nr. des Versicherungsnehmers)

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Stationäre Behandlung

- Nein
 Ja

Vom _____ bis _____ in _____

Beginn der Behandlung am _____

Objektiver Befund: _____

Stand der Verletzte unter Alkoholeinfluß?

- Ja
 Nein

Diagnose : _____

Bestehen unfallunabhängige Erkrankungen?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche? _____

Wurde der Unfall durch diese Erkrankungen veranlaßt oder begünstigt, bzw. wird der Heilungsverlauf oder die Behandlung dadurch erschwert?

Ist wegen der Unfallfolgen mir einer dauernden Beeinträchtigung zu rechnen?

- Ja
- Nein

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte **allein auf die Berufstätigkeit des Verletzten abstellen**

Zu wieviel Prozent und für welchen Zeitraum war der Verletzte wegen der Unfallfolgen arbeitsunfähig bzw. ist es noch?

Zu _____ % vom _____ bis _____
Zu _____ % vom _____ bis _____
Zu _____ % vom _____ bis _____

Wann wird die ärztliche Behandlung abgeschlossen sein? _____

(Ort) (Datum) (Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)