

SCHADENMELDUNG

Unfallversicherung

Polizzennr.:

Gesellschaft:

Versicherungsnehmer

Name:
Anschrift:
Telefon:

Verletzter:

Name:
Beruf:
Geb.datum:

Unfallbericht

Datum: Uhrzeit:
Ort:

Art des Unfalles: (Bitte Ankreuzen)

Arbeitsunfall
Dienstreiseunfall

Am Arbeitsweg
Freizeitunfall

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen ?
Aktenzeichen:

Name und Anschrift der Zeugen:

Name	PLZ	Stadt	Strasse und Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schadensfallhergang

Hatte der Verletzte in den letzten 12 h vor dem Unfall Alkohol genossen ? (ja/nein)

Wurde eine Blutprobe entnommen? (ja/nein)

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Bei Verkehrsunfällen:

Name und Anschrift der Fahrzeuginsassen zum Zeitpunkt des Unfalles:

Name	PLZ	Stadt	Strasse und Hausnummer

Angaben zum Lenker:

Name:

Anschrift:

Geb.Datum:

Telefon:

Führerscheindaten des Lenkers

Austellende Behörde: Führerscheinnr.:

Ausstellungsdatum: Gruppen:

Behördliches Kennzeichen des KFZ:

War der Lenker Berufslenker? (ja/nein)

Wurde die Fahrt mit Wissen und Willen des VN ausgeführt? (ja/nein)

Zweck der Fahrt

Angaben zur Verletzung:

Name u. Anschrift der behandelnden Ärzte (Krankenhaus):

Krankenhaus/Arzt	PLZ	Stadt	Strasse und Hausnummer

Erster Behandlungstag: Urzeit:

Welcher Arzt:

Was hat er angeordnet:

Unterbringungsdauer im Krankenhaus: Tage

Welche Verletzungen sind eingetreten ?

--

Ist der Verletzte zu Hause oder wo sonst ?

--

Wann wird er voraussichtlich wieder arbeitsfähig sein? (Datum)

--

War der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund? (ja/nein)

--

Unter welcher Erkrankung (Verletzung/Gebrechen) leidet er neben dem Unfall ?

Erkrankungen:

Seit wann? (Datum)

Erkrankungen:	Seit wann? (Datum)

Bei welcher Versicherung besteht eine weitere Unfallversicherung ?

--

Wo war der Versicherte früher Unfallversichert ?

--

Erhielt er früher eine Unfallentschädigung, ggf. wann? (ja/nein)

--

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Schaden gemeldet ?

--

Aktenzeichen:

--

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an ?

--

Die Überweisung hat zu erfolgen an:

--

Auszahlungsart:

--

Bankverbindung:

Kontoinhaber

--

IBAN

--

BIC

--

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers