

### Schadenanzeige Unfall

Versicherung:	Versicherungs-Nr.:
Anschrift:	
Versicherungsnehmer:	
Geburtsdatum: ; Ausgeübter Beruf:	
Anschrift:	

### Schadenschilderung

Schadenstag:	Uhrzeit:	Schadensort:
Unfallart: Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Dienstreiseunfall <input type="checkbox"/>		
Wie ist der Schaden entstanden?		

### Angaben zur Schadenmeldung

Welcher Polizeidienststelle wurde der Schaden gemeldet?	
Anschrift:	
Ansprechpartner – Telefonnummer:	
Aktenzeichen:	
Was hat die polizeiliche Ermittlung bislang ergeben?	
Wann wurde der Schaden der Gesellschaft oder dem Vermittler angezeigt?	
Waren Sie früher schon von einem Unfallschaden betroffen? ja <input type="checkbox"/> - nein <input type="checkbox"/>	
Wann:	Entschädigung in €:
Welche Versicherung hat den Schaden gezahlt?	

### Angaben zur Behandlung

Erster Behandlungstag:	Behandelnder Arzt:
Weiterbehandelnder Arzt:	
Stationäre Behandlung von      bis      - bei	
War die verletzte Person vollständig gesund? ja <input type="checkbox"/> - nein <input type="checkbox"/>	
Art und Umfang der Verletzungen:	
Hat die verletzte Person 24 Std. vor dem Unfall alkoholische Getränke oder Rauschmittel zu sich genommen? ja <input type="checkbox"/> - nein <input type="checkbox"/>	

### Allgemeine Angaben

Besteht eine weitere Unfallversicherung? ja <input type="checkbox"/> - nein <input type="checkbox"/>	Wo?
Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? ja <input type="checkbox"/> - nein <input type="checkbox"/>	Welcher?
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	

### Nur bei KFZ Insassenunfallversicherungen

Namen aller Insassen:	
Fahrzeugkennzeichen:	Fahrzeugführer:
Führerscheinklasse:	Ausstellungsdatum:

### Schweigepflicht Entbindungserklärung

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 den von mir eingereichten Unterlagen oder von mir veranlassten Mitteilung 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 sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren von der Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung 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.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------