

UNFALL-SCHADENMELDUNG

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Datum:

Sachbearbeiter: Herr Oberhofer
Durchwahl: -18
e-mail: a.oberhofer@vvs-sdv.de
Bearbeitungs-Nr.:
Versicherer:
Vers.schein-Nr.:
Vers. Person:
Schaden-Nr.:

Telefon: _____

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
bitte senden Sie uns diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück.
Vielen Dank.

Schadentag:

Uhr:

Schadenort:

Bankverbindung für Entschädigungen

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

Bankleitzahl:

Konto-Nr.:

Angaben zur verletzten Person (Name, Anschrift, Telefon)

Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

Ausgeübter Beruf:

Arbeitgeber:

Angaben zum Unfall (Unfallursache und Unfallhergang)

Es handelt sich um einen

Berufsunfall

Sonstigen (privaten) Unfall

Verletzte Körperteile und Art der Verletzung:

Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß?

ja

nein

Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen?

nein

ja Ergebnis:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Aktenzeichen?

Unfallzeugen

Angaben zur ärztlichen Behandlung

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? _____

Name und Anschrift des Arztes / der Klinik: _____

Fand eine stationäre Krankenhausbehandlung statt? nein ja (bitte Bescheinigung mit Diagnose beifügen)

Dauer des Krankenhausaufenthalts: vom _____ bis _____

Bei tödlichem Ausgang:

Wann und wo ist der Tod eingetreten? _____

Welcher Arzt hat den Tod festgestellt? _____

Todesursache? _____

Angaben zu Vorerkrankungen

Lag zur Zeit des Unfalls ein Leiden oder Gebrechen vor? nein ja

Wenn ja, welches? _____

Wird eine Rente bezogen? nein ja

Wenn ja, welcher Art? Höhe? _____

Ärzte von denen die verletzte Person in den letzten fünf Jahren behandelt wurde (Name, Anschrift, Grund)

Angaben zu anderen Versicherungen

Bestehen für die verletzte Person noch weitere Versicherungen (Unfall, Kranken, Leben)?

nein ja (Falls ja, bitte Gesellschaft und Versicherungsnummer angeben)

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet? (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

Hat die verletzte Person aus früheren Unfällen schon eine Entschädigung erhalten? nein ja

(Falls ja, bitte die Gesellschaft, die Art und die Höhe der Entschädigung angeben)

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 (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 der Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese 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.

Wir weisen darauf hin, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten (od. seiner Angehörigen)

Unterschrift des Versicherungsnehmers