

Schadenmeldung Unfallversicherung

Versicherer:	Pol. Nr.:
--------------	-----------

Sachbearbeiter:	
Schadennummer:	
Sachbearbeiter Makler:	
Schadennummer Makler:	

Versicherungsnehmer			
Name:			
Strasse:			
PLZ, Ort:			
Beruf:			
Telefon-Nr.:		E-Mail:	

Versicherte (unfallbetroffene) Person			
Name:		Geburtsdatum:	
Strasse:			
PLZ, Ort:			
Beruf:			
Telefon-Nr.:		E-Mail:	
Sozialvers.:			

Hat der Versicherte bereits einen Unfall erlitten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, Folgen des Unfalles:		

Hat der Versicherte dafür Versicherungsleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, entschädigt mit: €	Datum:	
Versicherungsanstalt:	Polizze-Nr.:	

Ist der Versicherte auch bei anderen Gesellschaften versichert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, Versicherer und Polizzennummer:		

Angaben zum Unfall			
Unfalltag:		Uhrzeit:	
Unfallort:			
Unfallart:	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitswegunfall	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall

Der Unfall wurde durch	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörungen	ausgelöst
	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	

Hat der Versicherte vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?	<input type="checkbox"/> Ja, Welche & Wieviele?	<input type="checkbox"/> Nein
--	---	-------------------------------

Wurde der Unfall vom Versicherten verursacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Nein, Name und Anschrift des Unfallgegners:		

Wurde ein Rechtsanwalt beauftragt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, Name und Anschrift des Anwalts:		

Wurde der Unfall von einer Sicherheitsbehörde aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, wo und unter welcher Aktenzahl:		

Besteht für den Unfallgegner eine	<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Haushaltversicherung	<input type="checkbox"/> Kfz-Haftpflichtversicherung
Versicherer:			

Bei Kraftfahrzeugunfällen zu beantworten

	Fahrzeug des Versicherten	Fahrzeug des Unfallgegners
Art des Fahrzeugs		
Fahrzeug-Type / Fabrikart		
Fahrgestell-Nummer		
Behördliches Kennzeichen		
Name, Anschrift des Lenkers		
Name, Anschrift des Kfz-Halters		
Anzahl der Kfz-Insassen		

Unfallhergang

Diagnose

Wann wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	Datum:		Uhrzeit:	
Wer hat sie geleistet?				

Genaue Diagnose Beschreibung:

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> dzt. noch nicht bekannt
---	-----------------------------	-------------------------------	--

Arbeitsunfähigkeit:	völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit	von	bis einschl.
	teilweise Arbeitsunfähigkeit	von	bis einschl.

War der Versicherte im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Ja, Welches:	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

Wie lange dauerte die stationäre Behandlung?	
--	--

Zahlung der Entschädigung

Kontoinhaber/in:	
BLZ, Bank:	
Konto Nr.:	

Sonstige Bemerkungen

Ort, Datum:

Unterschrift:

Wir ermächtigen die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, als Unterbevollmächtigter lt. beiliegender Maklervollmacht, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.