



Schadenanzeige - Unfallversicherung

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Vorname/Zuname _____
Straße/Haus-Nr. _____
PLZ/Wohnort _____
Telefon privat _____ Geschäft _____

Schaden-Nr. _____ Schadentag und -uhrzeit _____
VS-Nr. _____ Gesellschaft _____

Vor- und Zuname des versicherten Verletzten _____

Beruf _____

Geburtsdatum des Verletzten _____

Wohnort, Straße, Haus-Nr. _____

Konto bei Bank/Sparkasse _____ Bankleitzahl _____ Konto-Nr. _____

Wann ereignete sich der Unfall? _____ Datum _____ Uhrzeit _____

Wo und bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat der Versicherte den Unfall erlitten? _____

Wodurch ist der Unfall verursacht worden? Ausführliche Schilderung _____

Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalls angegeben werden? Name und Anschrift _____

Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten? _____

Hat der Unfall Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt? Wenn ja, inwieweit? _____

Hat sich der Unfall ereignet bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges ja nein

Wenn ja, Art des benutzten – versicherten – Fahrzeuges _____

Amtliches Kennzeichen _____

Lenker des benutzten – versicherten – Fahrzeuges – Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Geb.-Datum _____

Führerschein des Lenkers _____ Klasse _____ ausgestellt am _____ durch _____

Wurde der Vorfall polizeilich aufgenommen? ja nein

Falls ja, durch welche Polizeidienststelle? _____

Wurde von dem Lenker des benutzten – versicherten – Fahrzeuges eine Blutprobe entnommen?

ja nein Ergebnis? _____

Wie viele und welche Personen befanden sich zur Unfallzeit in bzw. auf dem Kfz? _____

An welchem Tag hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung begeben? _____

Welcher Arzt übernahm die Erstbehandlung? _____

Falls stationäre Krankenhausaufnahme, Anschrift _____

Aufenthaltsdauer? _____

Name und Anschrift des weiterbehandelten Arztes _____

Welchen Arzt oder Ärzte hat der Versicherte in den letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen? Aus welcher Veranlassung und wann ist dies geschehen? _____

Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfälle versichert? nein ja

Bei welcher und wie hoch? _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Hat der Versicherte früher Unfälle erlitten? Wenn ja, welche? _____

Besteht bei einer Krankenkasse oder einer Berufsgenossenschaft Versicherungsschutz? Genaue Anschrift erbeben.

Ich erkläre hierdurch, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe, Gleichzeitig ermächtige ich die von der Gesellschaft evtl. befragten Ärzte zur Auskunftserteilung über mich. Jeden Arztwechsel werde ich unverzüglich anzeigen.

Ort/Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Unterschrift des Verletzten _____

Bitte vom Krankenhaus/Arzt bestätigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagegeld versichert gilt.

Versicherungsscheinnummer _____ Unfallschadennummer _____

Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder stationären Krankenhausaufenthalt

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

war wegen der Folgen des Unfalls vom _____

Diagnose _____

in stationärer Behandlung vom _____ bis _____

in stationärer Behandlung vom _____ bis _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____ zu % _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____ zu % _____

Datum _____ Stempel/Unterschrift des Arztes _____

Ich habe die Datenschutzerklärung der RAUSCH & SAUPE zur Kenntnis genommen und willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner Daten ein.