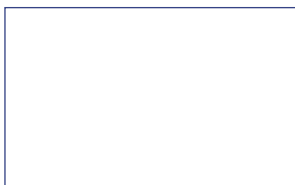




Unfall / FB Unfall Schaden

Schadenmeldung – Konzerne



Versicherungsscheinnummer

Schadennummer (wird vom Innendienst ausgefüllt)

Unfalltag

Uhrzeit

Unfallort (Anschrift mit Postleitzahl)

Versicherungsnehmer/Firma

Versicherte Person (Zuname, Vorname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

Telefon / Telefax privat

Telefon / Telefax geschäftlich

ggf. Ansprechpartner

Ausgeübter Beruf / Arbeitsstätte

Zahlungen an Geldinstitut

BIC

IBAN

Kontoinhaber

Versicherungsnehmer / in

Versicherte Person
(wenn nicht mit Versicherungsnehmer / in identisch)

Unfallschilderung

Unfallschilderung (bitte ausführlich schildern)

Unfallschilderung

Verletzte Körperteile / Art der Verletzung

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

von

bis

Stationäre Behandlung

von

bis

Wann Erstbehandlung? Anschrift des Arztes / Krankenhauses

Krankheiten (auch frühere) / Gebrechen / frühere Unfälle ja nein

Wenn ja, welche und wann?

Gesundheitsschädigung

Gesundheitsschädigung

Wann weitere Behandlung? Anschrift des Arztes / Krankenhauses

Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?

ja nein

Wurde ihr eine Blutprobe entnommen?

ja nein

War die verletzte Person Fahrzeuglenker?

ja nein

War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

ja nein

Benutztes Verkehrsmittel

Polizeidienststelle, Tagebuch-Nr.

Weitere Unfallversicherungen (auch erloschene) ja nein

Wenn ja, welche? (Gesellschaft, Anschrift, Versicherungsschein-Nummer)

Sonstiges

Sonstiges

Am Unfall Beteiligte, Augenzeugen des Unfalls

Unfall bei Tätigkeit im Haushalt

Unfall im häuslichen Bereich

Berufs- oder Schulunfall

Wegeunfall

sonstiger Unfall

(von / zur Arbeitsstelle)

Erklärungen

Erklärungen

Erklärung: Die vorstehenden Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich durch bewusst unrichtige oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz auch dann verlieren kann, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person
bzw. des gesetzlichen Vertreters