

# Schadenmeldung für Unfall- und Insassenunfallschäden

Empfänger:  
Fax-Nummer:

Unfallschaden  
siehe Rückseite!

Absender: Kunde   
Agentur   
Agenturnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Absenders

Kunde:

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Versicherte Person:

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Unfallzeitpunkt: am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Unfallhergang: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?  nein  ja

Art der Verletzung? \_\_\_\_\_

Erfolgte eine stationäre Behandlung  nein  ja, Attest  wird nachgefaxt  
 wird nachgereicht

Hat der/die Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?  nein  ja, folgendes: \_\_\_\_\_

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  nein  ja, Dienststelle: \_\_\_\_\_  
Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Welche gesundheitlichen Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen bestanden bereits vor dem Unfall? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wird Rente bezogen oder läuft ein Rentenverfahren?  nein  ja, wegen \_\_\_\_\_

Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen, auch Gruppenversicherungen, bei anderen Gesellschaften?  nein  ja, bei: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen:

Besaß der Fahrer einen gültigen Führerschein?  ja  nein

Hatte der/die Verletzte den Sicherheitsgurt angelegt?  ja  nein

Anzahl der Insassen? \_\_\_\_\_