

SCHADENSANZEIGE

Unfallversicherung

Rücksendung an:

@ schaden@magdeburgerversicherungsmakler.de

+49 (39292)5999-31

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift, Tel.):

Versicherer	<input type="text"/>	VS-Nr.	<input type="text"/>	Schaden-Nr. VR:	<input type="text"/>
Schadentag:	<input type="text"/>	Schadenzeit:	<input type="text"/>	Unfallort:	<input type="text"/>
<input type="text"/>					

Verletzte Person: <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> mitversicherte Person:			
Name, Vorname:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Ausgeübter Beruf:	<input type="text"/>

Bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten	<input type="checkbox"/> auf dem Wege dorthin oder von dort
	<input type="checkbox"/> im Haushalt	<input type="checkbox"/> beim Einkaufen <input type="checkbox"/> bei sonstiger Gelegenheit

Unfallhergang Wie hat sich der Unfall ereignet? (ggfs. gesondertes Blatt verwenden):	<input type="checkbox"/> gesondertes Blatt	<input type="checkbox"/> Skizze beigefügt
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

Worin bestehen die Verletzungen?
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

SCHADENSANZEIGE

Unfallversicherung

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Polizeidienststelle <input type="text"/>	Aktenzeichen: <input type="text"/>	
Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art und Menge <input type="text"/>
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/> <input type="text"/>
Als Lenker eines Fahrzeugs: Führerschein gültig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar Führerscheinklasse: <input type="text"/>
		Fahrzeugart: <input type="text"/>
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ergebnis <input type="text"/> %o

Ärztliche Behandlung:	
Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhrzeit: <input type="text"/> Uhr
	Name, Anschrift des Arztes: <input type="text"/>
War eine stationäre Behandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Anschrift des Krankenhauses <input type="text"/>
Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?	Namen, Anschriften: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Finden z.Zt. noch ärztliche Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Voraussichtliche Behandlungsdauer: <input type="text"/> Wochen <input type="checkbox"/> ambulant / <input type="checkbox"/> stationär
Wer ist der behandelnde Arzt? (Name, Anschrift)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Besteht noch eine Beeinträchtigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input type="text"/> Wochen

SCHADENSANZEIGE

Unfallversicherung

War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalles vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Krankheiten oder Leiden:
		<input type="text"/>
Hat die versicherte Person frühere Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? <input type="text"/>
		Höhe der Entschädigung: <input type="text"/> EUR
		Von welcher Gesellschaft? <input type="text"/>
Bezieht oder bezog die versicherte Person Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen Erwerbsminderung von <input type="text"/> %	
		Höhe der Rente <input type="text"/> EUR
		Versicherungsträger: <input type="text"/>

Weitere Versicherungen:	
Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.Summen	<input type="text"/>
Bei Arbeits- oder Wegeunfällen: Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei <input type="text"/>

Zahlung	<input type="checkbox"/> Überweisung auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck
Konto-Nr.:	<input type="text"/>	BLZ: <input type="text"/>
Kontoinhaber:	<input type="text"/>	

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)? ja nein

Ort/ Datum

Unterschrift

Wir weisen darauf hin, dass bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!