

# SCHADENSANZEIGE

Unfallversicherung



Ihr Magdeburger Versicherungsmakler

## Rücksendung an:

@ jahns@magdeburgerversicherungsmakler.de

☎ 49 (391) 509 659-10

✉ Magdeburger Versicherungsmakler GmbH  
Bölschesstraße 1A, 39104 Magdeburg

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:**    **Versicherungsnehmer**    **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?    bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten    auf dem Wege dorthin oder von dort

im Haushalt    beim Einkaufen    bei sonstiger Gelegenheit

**Unfallhergang** Wie hat sich der Unfall ereignet? (ggfs. gesondertes Blatt verwenden):    gesondertes Blatt    Skizze beigefügt


Worin bestehen die Verletzungen?


# SCHADENSANZEIGE

## Unfallversicherung



Ihr Magdeburger Versicherungsmakler

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Polizeidienststelle <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 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"/> %

<b>Ärztliche Behandlung:</b>	
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



Ihr Magdeburger Versicherungsmakler

War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalles vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Krankheiten oder Leiden:	
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?	
		Höhe der Entschädigung:	<input type="text"/> EUR
		Von welcher Gesellschaft?	
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:	

<b>Weitere Versicherungen:</b>	
Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.Summen	
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"/>

<b>Zahlung</b>	<input type="checkbox"/> Überweisung auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck
IBAN:	<input type="text"/>	BIC <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!