

SCHADENANZEIGE

zur Unfallversicherung



Schaden-Nr.

Aktenzeichen:

(bitte unbedingt angeben)

Löffler Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Herrenstraße 8
79098 Freiburg

Telefon +49(0)761/3 87 85-0
Telefax +49(0)761/3 87 85-20

E-Mail info@loeffler-versmakler.com

Versicherungsnehmer

Name:

Vorname:

PLZ/Ort:

Straße/Nr.:

Telefon/Telefax:

E-Mail:

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Versicherungsschein-Nr.

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

Kunden-Nr. / VB-Nr.:

Es handelt sich um eine Erstmeldung

Der Schaden wurde bereits telefonisch schriftlich per Telefax per E-mail am gemeldet

Verletzte Person

Name/Vorname:

PLZ: Ort: Straße/Nr.:

Geb. Datum: Telefon Nr.:

Berufliche Tätigkeit:

Bei Minderjährigen:

(Vor- und Zuname, Beruf des gesetzlichen Vertreters)

Angaben zum Unfall

1. Unfallort: (Straße, km-Stein, ggf. Ausland)

2. Unfall während:

Kindergarten/Tagesstätte Schulbesuch Heimaufenthalt Freizeit

hauptberuflicher Tätigkeit nebenberuflicher Tätigkeit ehrenamtlicher Tätigkeit Honorartätigkeit

Beamter Zivildienstleistender Sonstige Person:

Teilnahme an einer Veranstaltung, welche?

3.a) Wurde die gesetzliche Unfall-Versicherung eingeschaltet?

Nein Ja

b) Welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbehörde für Unfall-Versicherung wurde der Unfall gemeldet?

BG:

Ort: Aktenzeichen:

4. Bitte beschreiben Sie den Beruf/die Tätigkeit (siehe Pos. 2):

5. Für welche Firma erfolgte die Tätigkeit? (siehe Pos. 2):

6. Unfall auf dem direkten Hin- oder Rückweg?

Nein Ja, Hinweg Ja, Rückweg

7. Verletzte Körperteile/Art der Verletzungen?

8. Mögliche Dauerschäden?

Wichtiger Hinweis:

Etwaige Dauerschäden müssen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und innerhalb weiterer drei Monate ärztlich festgestellt sowie zusätzlich auch dem Versicherer bzw. uns gemeldet werden. Ein Fristverzug führt zum Erlöschen der Ansprüche.

9. Ist der Verletzte verstorben?

Nein Ja (Bitte informieren Sie uns sofort!)

Versicherungskonzepte nach Maß

Schadenhergang?
(Bitte genau und ausführlich schildern, eventuell ein Extrablatt benutzen und durch eine Skizze erläutern!)

11. a) Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen?
 b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise?
 c) Welche Polizeidienststelle hat ein Protokoll aufgenommen?
 d) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?
 nein ja,

e) Wurde eine Blutprobe entnommen?
 nein ja, Ergebnis: %o

12. a) Bereits erlittene vorherige Unfälle?
 nein ja,

b) Vorerkrankungen/Beeinträchtigungen vor dem Unfall?
 nein ja,

13. a) Wo befindet sich die verletzte Person?
 b) Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Bei welchem Arzt?
 am um Uhr
 bei

c) Worauf ist das (etwaige) Versäumnis sofortiger ärztlicher Hilfe zurückzuführen?
 d) Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt?
 nein ja,
 vom bis

(Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen)

e) Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes?
 f) Welche Anordnung hat er getroffen?
 g) Ist die ärztl. Behandlung abgeschlossen?
 nein ja, seit

14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben?
 b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?
 nein ja, seit

c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?

15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Unfallschädigung erhalten?
 nein ja, am €
 von:

b) Bestanden oder bestehen noch weitere
 Unfallversicherungen? nein ja
 Lebensversicherungen? nein ja
 Krankenversicherungen?
 (gesetzlich oder privat) nein ja

Vers.-Nr.	Versicherungsgesellschaft (Name und Ort)

16. Bankverbindung (bitte stets angeben):
 Kontoinhaber:
 Institut:
 BLZ: Konto-Nr.:

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinden wir hiermit gegenüber dem Versicherer, dem Versicherungsmakler und dem Versicherungsnehmer bzw. der dazugehörigen Einrichtungen/Institutionen sowie allen mit der Beurteilung beauftragten Personen von Ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtigen wir andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, unserem Versicherer Auskünfte zu erteilen.

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.
 Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

.....
 Ort und Datum Ort und Datum

.....
 Unterschrift der verletzten Person (ggf. Erziehungsberechtigter) Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers