

# Versicherungsmakler Thomas Müller

Bergstraße 16 - 09488 Thermalbad Wiesenbad  
 Fon: (03733) 555 444 - Fax (03733) 555 442  
 Email: Versicherungsmakler-Mueller@t-online.de  
 Internet: www.versicherungsmakler-thomas-mueller.de

# Unfall- Schadenanzeige

GS / Vermittler-Nr.	Versicherungsnummer	Schaden-Nummer	Schadenjahr
Name, Vorname <b>Versicherungsnehmer</b>		Name, Vorname <b>Versicherter / Unfallverletzter</b>	
Straße, Nummer		Anschrift	
PLZ, Ort		Geburtsdatum	Beruf
Telefon	Beruf	Kontonummer / IBAN	Bankleitzahl / BIC
		Geldinstitut / Postscheckamt	

**Versicherungssummen:**

Für den Todesfall	€ _____	Tagegeld	€ _____
Für den Fall dauernder Invalidität	€ _____	Krankenhaus-Tagegeld	€ _____
		Genesungsgeld	€ _____
		Heilkosten	€ _____

**Angaben zum Unfall**

Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_  
 Wo hat sich der Unfall zugetragen? Schadenort: \_\_\_\_\_

Wie ereignete sich der Unfall? (Bitte genau und ausführlich schildern! Wenn der Platz nicht ausreicht, ein gesondertes Blatt verwenden!)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  nein  ja  
 Von welcher Polizeidienststelle und Aktenzeichen? \_\_\_\_\_  
 Zuständige Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen? \_\_\_\_\_

Benutzte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt ein Kraftfahrzeug?  nein  ja, wenn ja:  PKW  Krad  
 \_\_\_\_\_  
 Polizeiliches Kennzeichen? \_\_\_\_\_  
 Hatte der Verletzte den Sicherheitsgurt angelegt? \_\_\_\_\_  
 War er Fahrer?  nein  ja, \_\_\_\_\_  
 Klasse, ausstell.-Behörde, Ausstell.-Datum des Führerscheins \_\_\_\_\_  
 Befand sich sein Fahrzeug in verkehrssicherem Zustand?  nein  ja  
 Welche Mängel hatte es? \_\_\_\_\_  
 War er Fahrgast?  nein  ja  
 Zahl der Insassen einschließlich Fahrer? \_\_\_\_\_

Hat der Verletzte Alkohol zu sich genommen?  nein  ja, Blutprobe  nein  ja **Promille** \_\_\_\_\_  
 Art und Menge des Alkohols \_\_\_\_\_  
 In welchem Zeitraum vor dem Unfall wurden diese Getränke aufgenommen? \_\_\_\_\_  
 Welche hauptberufliche Tätigkeit übte der Verletzte in der Zeit vor dem Unfall aus? \_\_\_\_\_  
 Hatter der Verletzte neben seinem Hauptberuf noch einen weiteren Erwerb? \_\_\_\_\_  
 Gehörte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt einer militärischen Einheit an? \_\_\_\_\_

Welcher Art sind die Unfallverletzungen? \_\_\_\_\_  
 Welche Folgen hat der Unfall gehabt? \_\_\_\_\_

Beginn der ärztlichen Behandlung	_____
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes?	_____ _____
Jetzt behandelnder Arzt?	_____ _____
Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung?	_____
Besteht Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Krankenhausaufenthalt? / Anschrift des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Bei tödlichem Ausgang: Wann und wo ist der Tod eingetreten?	_____
Welcher Arzt hat den Tod festgestellt?	_____
War der Verletzte bis zum Unfalltag völlig gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
An welchen Krankheiten oder Gebrechen hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten?	_____ _____
Bei welchem Arzt stand der Verletzte im letzten Jahr in Behandlung?	_____
Bezieht oder bezog der Verletzte vor dem Unfall Rentenzahlungen? / Grund des Rentenbezugs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Ist der Verletzte kriegsversehrt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist oder war der Verletzte auch noch bei anderen Gesellschaften unfallversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vers.-Nr. _____ Gesellschaft _____
Ist der Verletzte bei einer Berufsgenossenschaft versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____
Ist der Verletzte gegen Krankheit versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____

**Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß nach bestem Gewissen gemacht. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass bewusst unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.**

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der Gesellschaft Auskünfte zu erteilen.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Ansprucherhebenden / des Verletzten
_____	_____
Unterschrift des Versicherungsnehmers	Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter
Bei Erstbeitrag: Versicherungsschein bzw. Nachtrag erstmals vorgelegt am _____	eingelöst am _____
Wurde der letzte Beitrag vor dem Versicherungsfall bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____
Welche Versicherungen bestehen noch bei unserer Gesellschaft?	_____
_____	_____
	Datum, Unterschrift des Vermittlers