



VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

.....

**UNFALL
 SCHADENBERICHT**

Polizzenummer

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname	Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON

Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Beschäftigung und Nebenbeschäftigung		

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ereignisort	Datum	Uhrzeit
Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufs		

FÜHRERSCHEINDATEN (falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	Nummer	Gruppen
----------------------	-------------------	--------	---------

ERGÄNZENDE ANGABEN

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei welchen Gesellschaften ?		

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Bitte geben Sie genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

Arbeitsunfähigkeit von

bis

▶▶▶ **Die nachfolgenden Fragen beantworten Sie bitte nur dann, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 10 Tagen zu erwarten ist !**

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert? JA NEIN

(z.B.: Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.:

Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst ?

JA NEIN

UNFALLFOLGEN

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge ?

- JA
 NEIN
 möglicherweise

Welche?

BEHANDLUNGSDAUER

Wurde der Verletzte stationär behandelt? JA NEIN

von bis

Im Krankenhaus

.....

Wurde der Verletzte ambulant behandelt? JA NEIN

von bis

Wie lange befindet sich der Verletzte voraussichtlich noch in häuslicher/ambulanter Behandlung?

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE

Wann ist die erste Hilfe in Anspruch genommen worden ?

Wer hat sie geleistet ?

Unterschrift (Stempel) des behandelnden Arztes

Ort / Datum

Ich ermächtige

- 1) die Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, meinem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben,
- 2) meinen Unfall-Versicherer, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch meine Versicherung einverstanden.

.....
Unterschrift des Verletzten

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers

....., den