

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an:



Allgemeine Versicherungs-Vermittlung
 Dieter Hieber e. K.
 Goethestr. 30
 D-60313 Frankfurt
 Telefon: 069 / 28 88 88
 Telefax: 069 / 29 70 59-70
 Email: info@A-V-V.de

VD	Agentur
VS-Nr.	Schaden-Nr.

Schadenanzeige zur Allgemeinen Unfallversicherung Kraftfahrt-Unfallversicherung
Dieses Formular ist innerhalb von zwei Wochen an den Versicherer zu senden.

1. Versicherungsnehmer		2. Verletzte Person	
Name/Vorname		Name/Vorname	
Beruf		Beruf	
Straße/Haus-Nr.		Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Wohnort		PLZ/Wohnort	
Geburtsdatum	Telefon	Geburtsdatum	Telefon

3. Datum	Uhrzeit	Unfallort	Land
-----------------	----------------	------------------	-------------

4. Schilderung des Unfalls: Bitte genaue Beschreibung von Ort, Hergang und Ursache (ggf. gesondertes Blatt beifügen)

5. Zeugen (ggf. gesondertes Blatt beifügen)

Name und Anschrift	Wo befand sich der Zeuge?
--------------------	---------------------------

6. Unfallaufnahme durch die Polizei nein ja

Dienststelle	Tagebuch Nr.:
--------------	---------------

7. War die versicherte Person Fahrzeuglenker: nein ja wenn ja, war sie im Besitz der nötigen Fahrerlaubnis nein ja

Fahrzeugart:	Kennzeichen:
--------------	--------------

8. Die verletzte Person hat in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall zu sich genommen?

Alkohol <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art und Menge	Medikamente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art und Menge	Drogen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art und Menge	Blutprobenentnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis
--	--	---	--

9. Welche Folgen hatte der Unfall (Art und Umfang der Verletzungen)

10. Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? nein ja

Name und Anschrift	Aktenzeichen
--------------------	--------------

11. Ärztliche Behandlung der Unfallfolgen nein ja, stationär ja, ambulant

von – bis: _____ ist beendet Weiterbehandlung ist geplant ja, stationär ja, ambulant

12. Mit Dauerfolgen aufgrund des Unfalls ist zu rechnen nein ja unbekannt

(falls die Frage mit ja beantwortet wurde, bitten wir um nähere Angaben zu den möglichen Dauerfolgen)

13. Bei tödlichem Ausgang

Datum _____ Uhrzeit _____ Sterbeort _____

den Tod feststellender Arzt – Name und vollständige Anschrift:

14. Die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen erfolgte durch:

erstbehandelnder Arzt erstbehandelndes Krankenhaus letztbehandelnder Arzt letztbehandelndes Krankenhaus

Name und vollständige Anschrift:

Name und vollständige Anschrift:

15. Leidet oder litt die versicherte Person an einer erheblichen, d.h. eine regelmäßige Behandlung erfordernde, zu mehr als 14 tägiger Arbeitsunfähigkeit oder zu einer stationären Behandlung führenden Krankheit; an Gebrechen; an Unfallfolgen (ggf. gesondertes Blatt beifügen)? nein ja, falls ja

Art der Krankheit _____ des Gebrechens _____ der Unfallfolgen _____

welche Ärzte behandelten die genannten Erkrankungen / Gebrechen / Unfallfolgen – Name und Anschrift

16. Hat die versicherte Person bereits früher Unfälle erlitten

(ggf. gesondertes Blatt beifügen)

nein ja

Datum: _____

Folge: _____

17. Bestehen für die versicherte Person weitere Unfall-, Insassenunfall, Lebensversicherungen mit Unfallzusatz nein ja

bei Gesellschaft: _____

Anschrift _____

Aktenzeichen _____

18. Nur ausfüllen wenn eine Insassenunfallversicherung besteht:

Fahrer: _____ War er berechtigter Fahrer? nein ja

Name und Anschrift _____

Führerscheinklasse _____ Alter _____

Fahrzeugdaten:

Typ _____

amtl. Kennzeichen _____

kW/PS/ccm/to _____

Zahl der vorhandenen Plätze _____

Anzahl der Insassen _____

die verletzte Person hatte den Gurt angelegt nein ja

19. Zahlung erbeten an:

Bank-/Postverbindung _____

BLZ _____

Konto-Nr. _____

Inhaber _____

Schweigepflichtsentbindungserklärung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Überprüfung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich Sie von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – außer Sozialversicherungsträger -, ferner für die Angehörigen von anderer Unfall-, sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/ den gesetzlich von mir vertretenen _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Wichtige Hinweise:

Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieses Formulars auch dann verantwortlich bin, wenn ich es nicht selbst ausgefüllt habe.

Datum _____

Unterschrift Versicherungsnehmer _____

Unterschrift des Verletzten oder seiner Angehörigen _____