

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an:

.	
VD	Agentur
_____	_____
VS-Nr.	Schaden-Nr.
_____	_____
.	

Schadenanzeige zur **Allgemeinen Unfallversicherung** **Kraftfahrt-Unfallversicherung**

Dieses Formular ist innerhalb von zwei Wochen an den Versicherer zu senden.

Eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungsfreiheit führen.

1. Versicherungsnehmer

Name/Vorname

Beruf

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum _____ Telefon/E-Mail _____

2. Verletzte Person

Name/Vorname

Beruf

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum _____ Telefon/E-Mail _____

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

9. Welche Folgen hatte der Unfall (Art und Umfang der Verletzungen)? Medizinische Unterlagen bitte beifügen.



FUNF-1000

10. Handelt es sich um einen Freizeit- oder Berufsunfall?

Bei einem Berufsunfall nennen Sie bitte den Namen und die Anschrift des Arbeitgebers, der Berufsgenossenschaft sowie das 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 unabhängig von dem jetzigen Ereignis an einer erheblichen, d.h. eine regelmäßige Behandlung erfordernde, zu mehr als 14 tägiger Arbeitsunfähigkeit oder zu einer stationären Behandlung führenden Krankheit; an Gebrechen oder an den Folgen früherer Unfälle (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

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

Schweigepflichtsentsündigungserklärung:

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.

Erklärung

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Ich bin einverstanden, dass die Basler Securitas Versicherungen zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten, die den angezeigten Schadenfall betreffen, einsehen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmer

Unterschrift des Verletzten oder seiner Angehörigen