

## Unfall-Schaden-Anzeige

Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

Reicht der Platz nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

### 1. Versicherungsnehmer:

Name:

Telefon privat:

Straße:

Telefon dienstl.:

PLZ/Ort:

eMail:

### 2. Schadentag

am:

um:

### 3. Schadenort (genaue Ortsbeschreibung, z. B.: vor welchem Haus, wo auf dem Gehsteig/der Fahrbahn, in welcher Wohnung/Gaststätte/Betrieb

PLZ:

Ort

### 4. Angaben zur verletzten Person:

1. Name, Vorname

2. Anschrift, Telefonnummer

3. Geburtsdatum

4. Welche Berufstätigkeit übte die verletzte Person zur Unfallzeit aus?

Seit wann wird diese Tätigkeit ausgeübt?

### 5. Wie hat sich der Unfall ereignet?

### 6. Welcher Art war der Unfall?

1 = Berufsunfälle – oder bei Kindern Unfälle in der Schule sowie bei schulischen Veranstaltungen – ohne Wegeunfälle (nicht Unfälle von Hausfrauen, die keinen anderen Beruf ausüben).

3 = Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte, bei Kindern auf dem Weg zur und von der Schule/zu und von schulischen Veranstaltungen.

4 = Unfälle bei der Tätigkeit für den Haushalt, auch bei Einkäufen.

9 = sonstige Unfälle (= Unfälle, die weder zum Beruf oder zum Schulbesuch noch zur Tätigkeit für den Haushalt in Beziehung stehen).

### 7. Welche Personen waren Zeugen des Herganges?

Wenn keiner zugegen war, wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen?

Name, Anschrift, Telefonnummer:

### 8. Wurde der Unfall polizeilich oder von einer anderen Dienststelle (Berufsgenossenschaft etc.) aufgenommen?

ja

Anschrift der Dienststelle:

Tagebuch-Nr.:

nein

### 9. Handelt es sich um einen Unfall mit Kfz.?

War die verletzte Person Lenker oder Mitfahrer?

ja, Kennzeichen des Kfz.:

nein

Lenker  Mitfahrer



Bitte abtrennen und vom Arzt/Krankenhaus bestätigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagegeld versichert ist.

<b>Vom Verletzten auszufüllen</b>	Versicherungsschein-Nr.: _____
	<b>Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder Krankenhausaufenthalt</b> Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____ Straße: _____ Nr. _____ PLZ: _____ Ort: _____
<b>Vom Arzt/ Krankenhaus auszufüllen</b>	war wegen der Folgen des Unfalles vom _____ Diagnose: _____ – in <b>stationärer</b> Behandlung vom _____ bis _____ – <b>arbeitsunfähig</b> vom _____ bis _____ zu % _____ vom _____ bis _____ zu % _____ vom _____ bis _____ zu % _____

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift