

Schadenanzeige - Unfallversicherung

Versicherungsnehmer

Versicherer

Makler

Name
Straße
Ort
Telefon
Fax

Riedel Versicherungsmakler
Kröpeliner Straße 91
18055 Rostock
0381.44056- 11
0381.44056- 19
info@rvm24.de

Schadennummer:

Meldedatum: (von VN gemeldet)

Unfalltag: um Uhr

Unfallort:

Angaben zum Schaden:

Unfallverletzte Person (Name, Anschrift) a)

b)

Unfallhergang: (ggf. Beiblatt verwenden)

Hat die Person(en) innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?

nein ja; folgende:

Ist eine Blutprobe erfolgt?

nein ja, Ergebnis: ‰

Die genaue Schadenmeldung wird von versicherter Person erst später abgegeben, da diese Person sich derzeit in stationärer Behandlung befindet. Klinik:

Versicherte Person ist verstorben, Schadenmeldung folgt.

Schadenmeldung vorab, mündlich; gemeldet an:

Weitere Fragen zum Schaden:

Art der Verletzung, wenn bekannt:

Wann erfolgte die 1. ärztliche Behandlung wegen des Unfalls?

Durch welchen Arzt erfolgte diese erste Behandlung?

Welche Ärzte wurden noch hinzugezogen?

Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt? (bei KHTG bitte Beleg incl. Diagnose vom Krankenhaus nachreichen!)

nein ja, Klinik:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

nein ja, Dienststelle: Tagebuch-Nummer:

Wurde ein Straf-/Bußgeldverfahren eingeleitet oder eine gebührenpflichtige Verwarnung ausgesprochen?

nein ja, gegen:

Sind Zeugen vorhanden?

nein ja, Name/Adresse:

Fragen zu den Versicherungsverhältnissen:

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Verletzte versichert?

Bei Arbeitsunfall Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft:

Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen der verletzten Personen?

nein

ja, seit/bis:

Versicherer:

Versicherte Person:

Bestanden oder bestehen Lebensversicherungen/Berufsunfähigkeitsversicherungen? (wenn relevant)

nein

ja, und zwar:

1.

2.

3.

Bei Kfz-Insassenunfallversicherung:

Fahrzeugart:

PKW

LKW

Krad

Amtl. Kennzeichen:

Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers:

Ggf. Führerschein-Nr.:

Führerschein-Datum:

Wieviele Insassen befanden sich im Fahrzeug? Personen

Personen

Hatte sich der Verletzte angeschnallt?

nein

ja

Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Stationäre Behandlung

von bis

Objektiver Befund?

in

.....

.....

.....

Stand die verletzte Person unter Alkoholeinfluß?

nein

ja

Ergebnis:

‰

Diagnose

.....

.....

.....

Bestehen unfallabhängige Erkrankungen?

nein

ja

Wenn ja, welche?

.....

Wurde der Unfall durch diese Erkrankungen
veranlasst oder begünstigt, bzw. werden der
Heilungsprozeß / die Behandlung dadurch
erschwert?

.....

.....

.....

Ist wegen der Unfallfolgen mit einer dauernden
Beeinträchtigung zu rechnen?

nein

ja

Datum:

Unterschrift/Stempel:

Vorstehende Fragen wurden nach bestem Gewissen beantwortet. Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit dem Versicherer gegenüber von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort:

Datum:

Unterschrift der versicherten Person(en) / VN: