

# Schadensanzeige Unfall

## Personendaten:

Polizzenummer:

Vers.nehmer/in:

Versicherter(Verletzter):  Versicherungsnehmer/in  
 Versicherte(r):  
Derzeitiger Beruf:  
Staatsbürgerschaft:

Geb.Datum:

Geb.Datum:

Telefon (8-16):

E-Mail:

---

## Daten über den Vorfall:

Datum/Uhrzeit:

Land:

Ort:

Zeugen:  ja  nein

Behördliche Aufnahme:  ja  nein

## Hergang:

Schildern Sie bitte den Ablauf des Vorfalls.

Schadenshergang:

Unfall bei:  Beruf / Weg  Verkehr  Schule  Freizeit  Haus / Garten  Sport

---

## Art der erlittenen Verletzung(en) (ärztliche Diagnosen):

## Erste Hilfe von (Arzt,Krankenhaus):

## Bei stationärer Behandlung: Krankenhaus, Aufenthaltsdauer:

## Schadensanzeige Unfall - Seite 2

### Behandelnder Arzt: Name, Anschrift:

Arbeitsunfähig:  nein  ja, voraussichtlich von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wird der Unfall nach Ansicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben:

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des  
behandelnden Arztes

Nur eine wahrheitsgemäße und erschöpfende Beantwortung sichert Ihren Anspruch. Striche und andere Zeichen genügen nicht. Ich stimme ausdrücklich zu, daß alle Ärzte, Krankenanstalten, Dentisten, Apotheken, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind; \_\_\_\_\_ Versicherung die zur Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift