

# Unfall-Schaden-Anzeige

*Rüdiger Ebel*  
*Versicherungsmakler*

<b>Vertrags-/ Schaden-Nr:</b>	<b>Versicherung:</b>
<b>Versicherungsnehmer</b>	
Name:	Geb. am:
Straße:	Beruf:
PLZ / Ort:	Telefon: <span style="float: right;">Fax:</span>
Schadentag u. Uhrzeit:	
<b>Schadenort</b> (genaue Ortsbeschreibung, z. B.: vor welchem Haus, wo auf dem Gehsteig/ Fahrbahn, in welcher Wohnung/ Gaststätte/ Betrieb:	
<b>Angaben zur verletzten Person:</b>	
Name:	Telefon: <span style="float: right;">Fax:</span>
Straße	Geb. am:
PLZ/ Ort:	
Welche Berufsätigkeit übte die verletzte Person zur Unfallzeit aus?	
Seit wann wird diese Tätigkeit ausgeübt?	
Wie hat sich der Unfall ereignet?	
<b>Welcher Art war der Unfall?</b>	
<input type="checkbox"/> Berufsunfall – oder bei Kindern Unfall in der Schule sowie bei schulischen Veranstaltungen – ohne Wegeunfall (nicht Unfall von Hausfrauen, die keinen anderen Beruf ausüben.	
<input type="checkbox"/> Unfall auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte, bei Kindern auf dem Weg zur und von der Schule/ zu und von schulischen Veranstaltungen.	
<input type="checkbox"/> Unfall bei der Tätigkeit für den Haushalt, auch bei Einkäufen.	
<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall ( = Unfall, der weder zum Beruf oder zum Schulbesuch noch zur Tätigkeit für den Haushalt in Beziehung steht).	
<b>Welche Personen waren Zeugen des Hergangs?</b> Wenn keiner zugegen war, wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen? (evtl. Beiblatt zufügen)	Name: Straße: PLZ/ Ort: Telefon:
<b>Wurde der Unfall polizeilich oder von einer anderen Dienststelle (Berufsgenossenschaft, etc.) aufgenommen?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art der Dienststelle:	Aktenzeichen der Polizei:
<b>Handelt es sich um einen Unfall mit KFZ?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <b>KFZ-Kennzeichen:</b>	
War die verletzte Person Lenker oder Mitfahrer?	<input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer
Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: <span style="float: right;">%</span>

Büro Weilburg / Lahn:  
Fallerwasen 1  
35781 Weilburg / Odersbach  
Telefon: 06471 / 7839

Büro Eppstein / Ts.:  
Hauptstr. 105  
65817 Eppstein / Vockenhausen  
Telefon: 06198 / 500922

Mobil Funkruf: 0171 / 3662440  
Telefax: 06471 / 923239  
email: ruedigerebel@lycos.de  
www.ebel-versicherungsmakler.de

# Unfall-Schaden-Anzeige

- 2 -

Art der Verletzung?	
Welcher Körperteil wurde verletzt? (Ärztliche Diagnose)	
Beginn der Behandlung:	
Besteht Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Dauer der Arbeitsunfähigkeit?	von: _____ bis: _____
Welche Folgen sind bereits eingetreten?	
Welche Folgen sind noch zu befürchten?	
Welcher Arzt/ Ärzte wurde(n) hinzugezogen? (Genauere Anschrift(en))	
Wurde der/ die Verletzte in ein Krankenhaus eingeliefert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: _____
War der/ die Verletzte vollständig gesund oder woran litt er/ sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Vorerkrankungen und behandelnden Arzt angeben/ ggf. Zusatzblatt beifügen)
Wurde der/ die Verletzte bereits früher von Unfällen betroffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, wem wurde der Unfall gemeldet?	
Welche Ärzte sind in den letzten zwei Jahren vor dem Unfall zur Rate gezogen worden? (genaue Anschriften)	
Bestehen oder bestanden noch bei anderen Gesellschaften Unfallversicherungen/ Unfallzusatzversicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, bei bitte Versicherungsgesellschaft und Versicherungs-Schein-Nr. angeben.	
Überweisung der Versicherungsleistung soll erfolgen auf:	Konto-Nr.:
	BLZ:
	Institut:
	Konto-Inhaber:

Alle vorstehenden Fragen sind und evtl. weitere werden nach bestem Wissen wahrheitsgetreu beantwortet. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben führen zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir 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 vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von Anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

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

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers