

Sparte,
Produkt:

Titel: **Schadenanzeige**

Hatten die verletzten Personen bei Schadeneintritt einen Sicherheitsgurt angelegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gesamtzahl aller im Fahrzeug befindlichen Insassen (einschl. Fahrer?) _____ Personen			
Unterschriften/Zahlungen Der Versicherungsnehmer ist für Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person sie niederschreibt. Wer vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht, verliert seinen Versicherungsschutz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese unrichtigen oder unvollständigen Angaben kein Nachteil entsteht.			
_____ (Ort)	_____ (Datum)	_____ (Unterschrift Verursacher)	_____ (Unterschrift Vers.-Nehmer)
Zahlungen sollen überwiesen werden an:			
_____ Kontoinhaber	_____ Geldinstitut	_____ Bankleitzahl	_____ Kontonummer
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 oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die 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 gesetzlichen vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.			
_____ (Ort)	_____ (Datum)	_____ (Unterschrift/Tel.-Nr. des Versicherten/Verletzten/Versicherungsnehmers)	
Stationäre Behandlung			
		von _____	bis _____
Beginn der Behandlung?		in _____	
Objektiver Befund?		am _____	

Stand der Verletzte unter Alkoholeinfluss?		_____	
Diagnose		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Bestehen unfallunabhängige Erkrankungen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?		_____	
Wurde der Unfall durch diese Erkrankungen veranlasst oder begünstigt, bzw. wird der Heilungsverlauf oder die Behandlung dadurch erschwert?		_____	
Ist wegen der Unfallfolgen mit einer dauernden Beeinträchtigung zu rechnen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte allein auf die Berufstätigkeit des Verletzten abstellen			
Zu wie viel Prozent und für welchen Zeitraum war der Verletzte wegen der Unfallfolgen arbeitsunfähig, bzw. ist es noch?	zu _____ % vom _____ bis _____		
	zu _____ % vom _____ bis _____		
	zu _____ % vom _____ bis _____		
Wann wird die ärztl. Behandlung abgeschlossen sein?	_____		
_____ (Ort)	_____ (Datum)	_____ (Unterschrift Versicherten/Verletzten/Versicherungsnehmers)	