

UNFALL-SCHADENANZEIGE



Polizzen-Nr./Schaden-Nr.

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen.

erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon)

Name des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Beruf

Arbeitgeber

Unfalldatum

Uhrzeit

Arbeits- oder Arbeitswegunfall

Freizeitunfall

Unfallort

Schilderung des Unfallherganges

Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!

Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Spitäles

ANGABEN ÜBER VERSICHERUNGEN

Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse?

ja nein welche Kasse?

Unfallversicherung bzw. Lebensversicherung mit Unfallversicherung

Gesellschaft

Polizzennummer

ja nein

UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers

Führerschein-Nr.

Ausstellungstag

Gruppe

Der Tatbestand wurde von der Polizei (Gendarmerie) aufgenommen

ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl

nein

Anzeige wurde erstattet

ja Name des Beschuldigten

nein

Daten des Fahrzeuges

Marke

PKW Motorrad

LKW Moped

ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber

an die Adresse

ACHTUNG! Für Geldzustellungen an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.

Ermächtigung zur Einsichtnahme in medizinische Unterlagen

An das Krankenhaus

Aufnahmezahl

Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, daß der VAV die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, daß Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.

Ort, Datum

Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten

Unterschrift des Versicherten

Ort, Datum

Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.
Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers:

Bitte wenden!

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert?

(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden usw.)

URSACHE DER VERLETZUNG

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall?

ja nein

Andere Ursachen (z. B. vorhandene Krankheiten)

Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert?

ja nein

In welchem Ausmaß?

UNFALLFOLGEN

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten?

ja nein

Welche?

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

ja nein

Welche?

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Name und Anschrift des Krankenhauses

Art der Behandlung

von

bis

ambulant

stationär

BERUFSBEHINDERUNG

Ordnungsgemäße Krankmeldung bei der Pflichtkrankenkasse:

von

bis

, arbeitsfähig ab:

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?

Datum

Uhrzeit

Wer hat sie geleistet?

Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes