

# Schadenmeldung

## Unfall-Versicherung



INDUSTRIE-VERSICHERUNGSMAKLER GMBH  
ASSEKURANZ-TREUHAND-INTERNATIONAL  
Beratung betriebliche Altersvorsorge

Versicherungsschein-Nr.: ..... Versicherer: .....

### Versicherungsnehmer:

Vor- und Zuname: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

### Verunfallte Person:

Vor- und Zuname: .....

Anschrift: .....

Geburtstag: .....

Beruf: .....

Telefon: .....

### Schilderung des Unfalls:

Unfalltag: .....

Unfallzeit: .....

Unfallort: .....

Hergang und Ursache (Bitte ausführlich und genau schildern, Skizze beifügen. Falls Platz nicht ausreicht, Fortsetzung auf besonderem Blatt):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Schadenmeldung

## Unfall-Versicherung



INDUSTRIE-VERSICHERUNGSMAKLER GMBH  
ASSEKURANZ-TREUHAND-INTERNATIONAL  
Beratung betriebliche Altersvorsorge

### Zeugen:

Vollständige Anschrift aller Zeugen (Passanten, Insassen usw.):

.....  
.....  
.....

Wenn niemand zugegen war, wer hat die verunfallte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

.....

### Begleitumstände:

Hat die verunfallte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol / Drogen zu sich genommen?

Nein  Ja

Wurde eine Blutprobe entnommen?

Nein  Ja, Ergebnis: .....°/oo

### Polizeiliche Aufnahme erfolgt?

Nein  Ja

Wenn ja, vollständige Anschrift der Dienststelle / Staatsanwaltschaft / Aktenzeichen:

.....  
.....

Gegen wen wurde ein Strafverfahren eingeleitet? Weshalb? Stand des Verfahrens

.....  
.....

# Schadenmeldung

## Unfall-Versicherung



INDUSTRIE-VERSICHERUNGSMAKLER GMBH  
ASSEKURANZ-TREUHAND-INTERNATIONAL  
Beratung betriebliche Altersvorsorge

### Arbeitsunfall:

Handelt es sich um einen Unfall am Arbeitsplatz /auf dem Weg zu oder von der Arbeit?

Nein  Ja

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet (gegebenenfalls Aktenzeichen angeben)?

Nein  Ja und zwar .....

### Verletzungen:

Art der Verletzung / betroffener Körperteil (z. B. Bruch rechter Oberarm, Gehirnerschütterung, Zerrung linkes Fußgelenk):

.....

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von ..... bis .....

Behandlungsdauer (evtl. voraussichtlich): .....

Ist völlige Wiederherstellung zu erwarten? .....

An welchen Krankheiten und / oder Gebrechen litt die verunfallte Person vor dem Unfall?

.....

.....

Anschrift des Arztes, der erste ärztliche Hilfe leistete: .....

.....

Datum und Uhrzeit: .....

Weiterbehandlung durch: .....

# Schadenmeldung

## Unfall-Versicherung



INDUSTRIE-VERSICHERUNGSMAKLER GMBH  
ASSEKURANZ-TREUHAND-INTERNATIONAL  
Beratung betriebliche Altersvorsorge

Stationäre Behandlung ab ..... bis (voraussichtlich) .....

Name, Anschrift und Abteilung des Krankenhauses: .....

.....

Zuletzt in Behandlung bei: .....

### Frühere Unfälle:

Welche Unfallverletzungen haben früher vorgelegen? .....

Sind diese Unfälle ausgeheilt: .....

Nein  Ja

Welche Restbeschwerden?: .....

Hat die verunfallte Person aufgrund einer Unfallversicherung aus früheren Unfällen Entschädigungen erhalten?

Nein  Ja

Von welchem Versicherer?: .....

Wann? .....

Aktenzeichen: .....

### Versicherungsträger:

Bei welcher anderen Gesellschaft bestehen für die verunfallte Person weitere Unfallversicherungen?  
(Bitte Anschrift, Versicherungsschein-Nummer und Versicherungssummen sowie gegebenenfalls Schadensaktenzeichen angeben)

.....

.....

Bei welcher Krankenkasse / Krankenversicherung besteht Versicherungsschutz?

.....

# Schadenmeldung

## Unfall-Versicherung



INDUSTRIE-VERSICHERUNGSMAKLER GMBH  
ASSEKURANZ-TREUHAND-INTERNATIONAL  
Beratung betriebliche Altersvorsorge

### Entschädigungszahlungen:

Entschädigung(en) bitte überweisen an: .....

Bei (Bank): .....

Kto.-Nr.: ..... BLZ: .....

### Befreiung von Schweigepflicht:

Alle Ärzte, Krankenanstalten, Krankenkassen, Versicherungsunternehmen, Berufsgenossenschaften und Behörden werden hiermit ermächtigt, meinem Unfallversicherer jede gewünschte Auskunft – auch über die Gesundheitsverhältnisse der versicherten Person – zu erteilen.

### Wichtiger Hinweis:

Unwahre oder lückenhafte Angaben können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben:

.....  
Ort, Datum

.....  
Verunfallte Person  
(oder seine Angehörigen)

.....  
Versicherungsnehmer

204-2011-2

**ACHTUNG:** Bitte übersenden Sie uns grundsätzlich für den Schaden die Schadenanzeige.  
Wir benötigen von Ihnen eine umfassende Schadenschilderung zur Ansteuerung des Versicherungsschutzes. Ggf. Beiblatt verwenden.