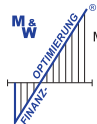


Schadenanzeige Unfallversicherung

Vermittler Stempel

	M&W Finanzoptimierung GmbH & Co. KG Berliner Straße 137 · 13467 Berlin Tel.: +49 (30) 40 50 96 – 0 Fax : +49 (30) 40 50 96 - 98
Vermittler-Nr. _____	

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Gesellschaft. _____

Schaden-Nr. _____

Wir erhielten Kenntnis von dem Schadenfall und bitten Sie, uns die Schadenanzeige genau und vollständig sofort zurückzusenden. Durch sorgfältiges Ausfüllen ersparen Sie uns Rückfragen und ermöglichen eine schnelle Bearbeitung.

Hinweis:
 Nachstehende Fragen sind wahrheitsgetreu und ausführlich nach bestem Wissen zu beantworten. Bei bewusst unwahren oder unvollständigen Angaben, Verschweigen oder Entstellen von Tatsachen können Sie den Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn uns hierdurch kein Nachteil entsteht.

Schadentag und -uhrzeit _____

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Vor- und Zuname des versicherten Verletzten

Stand oder Beruf

Geburtsdatum des Verletzten

Wohnort, Straße, Haus-Nr.

Konto bei Bank/Sparkasse

Bankleitzahl

Kontonummer

Wann ereignete sich der Unfall?

Datum

Uhrzeit

Wo und bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat der Versicherte den Unfall erlitten?

Wodurch ist der Unfall verursacht worden? Ausf. ührl. Schilderung.

Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalls angegeben werden? Name und Anschrift

Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten?

Hat der Unfall Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt? Wenn ja, inwieweit?

Hat sich der Unfall ereignet bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges?

ja

nein

Wenn ja, Art des benutzten - versicherten - Fahrzeuges

Amtliches Kennzeichen

Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges Vor- und

Zuname, genaue Anschrift, Geb. Datum

Führerschein des Lenkers

Klasse

ausgestellt am

durch

Wurde der Vorfall polizeilich aufgenommen? Falls ja, durch welche Polizeidienststelle?

ja

nein

Wurde von dem Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges eine Blutprobe entnommen?

ja

nein

Ergebnis? _____

Wie viele und welche Personen befanden sich zur Unfallzeit in _____
bzw. auf dem Kraftfahrzeug? _____

An welchem Tage hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung
begeben? _____

Welcher Arzt übernahm die Erstbehandlung? _____

Falls stationäre Krankenhausaufnahme, Anschrift _____

Aufenthaltsdauer? _____

Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes _____

Welchen Arzt oder welche Ärzte hat der Versicherte in den letzten
Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen? Aus welcher
Veranlassung und wann ist dies geschehen? _____

Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen
Unfälle versichert? Bei welcher und wie hoch?
Versicherungsschein-Nr. _____

Hat der Versicherte früher Unfälle erlitten? Wenn ja, welche? _____

Besteht bei einer Krankenkasse oder einer Berufsgenossenschaft
Versicherungsschutz? Genaue Anschrift erbeten. _____

Ich erkläre hierdurch, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Gleichzeitig ermächtige ich die von der Gesellschaft evt. befragten Ärzte zur Auskunftserteilung über mich. Jeden Arztwechsel werde ich unverzüglich anzeigen.

Ort/Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

_____ Unterschrift des Verletzten _____

Von der Vertretung auszufüllen!

Letzter Beitrag gezahlt am _____ Euro _____

sonstige Bemerkungen _____

Bitte vom Krankenhaus/Arzt bestätigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagegeld versichert gilt.

Versicherungsscheinnummer _____ Unfallschadennummer _____

Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder stationären Krankenhausaufenthalt

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

war wegen der Folgen des Unfalls vom _____

DIAGNOSE

in stationärer Behandlung vom _____ bis _____
in stationärer Behandlung vom _____ bis _____
arbeitsunfähig vom _____ bis _____ zu % _____
arbeitsunfähig vom _____ bis _____ zu % _____

Datum _____ Stempel/Unterschrift des Arztes _____
