

**Versicherungsnehmer**

Zu Schadenereignis vom: \_\_\_\_\_

Vers.-Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Vers.-Schein-Nr.: \_\_\_\_\_

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefax-Nr.: \_\_\_\_\_

<b>UNFALL-SCHADENANZEIGE</b>	
Schadentag und Uhrzeit	am                      um                      Uhr
Schadenort (Anschrift mit PLZ)	
<b>Name des Verletzten</b> PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer	
Geburtsdatum	
Welche hauptberufliche Tätigkeit übte der Verletzte in der Zeit vor dem Unfall aus?	
Hatte der Verletzte neben seinem Hauptberuf noch einen weiteren Erwerb?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welchen
Gehörte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt einer militärischen Einheit an?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher
<b>Angaben zum Unfall</b> Bitte schildern Sie den Unfall ausführlich	
<b>Namen und Anschrift der Zeugen</b>	
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Von welcher Polizeidienststelle? Aktenzeichen	
Zuständige Staatsanwaltschaft Aktenzeichen	
Benutzte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> sonst.Verkehrsm.
Polizeiliches Kennzeichen?	
War er Fahrer? Führerscheinklasse, Ausstellungsdatum des Führerscheins Ausstellende Behörde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Führerscheinklasse              Ausstellungsdatum
Hat der Verletzte vor oder nach dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Blutprobe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,              Promille
Art und Menge des Alkohols, der Medikamente oder der Rauschmittel	
In welchem Zeitraum vor oder nach dem Unfall wurden Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel aufgenommen?	
<b>Verletzungsumfang:</b> Welcher Art sind die Verletzungen?	
Welche Folgen hat der Unfall gehabt?	
Beginn der ärztlichen Behandlung	

