

Unfallanzeige

Schaden-Nummer (Bitte stets angeben)
Versicherungsschein-Nummer

1. Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon tagsüber	Telefon abends
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)			Telefax

2. Angaben zur verletzten Person, für die Versicherungsschutz beansprucht wird

2.1	Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon tagsüber	Telefon abends
2.2	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Berufstätigkeit	Arbeitgeber (mit Anschrift der Arbeitsstätte)	
2.3	Krankenversicherung besteht bei (bitte mit Anschrift und Versicherungsnummer)			
2.4	Bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen (ggf. über Arbeitgeber, Sportverein, Gewerkschaft etc.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte mit Anschrift und Versicherungs- oder Bearbeitungsnummer)			

3. Angaben zum Unfall

3.1	Unfalldatum: Uhrzeit:	Unfallort (ggf. mit Straße, Nr.)	nähere Beschreibung des Unfallortes (z.B. Büro, Werkstatt etc.)
3.2	Unfallhergang (aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild vom Unfallablauf ergeben, ggf. bitte auf gesondertem Blatt fortführen)		
3.3	Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

3.4	Wird/wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Namen, Anschrift und - soweit bekannt - Aktenzeichen angeben)
3.5	Behördliche Unfallaufnahme (z.B. Polizei, Gewerbeaufsicht) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Behörde, Anschrift, Telefonnummer und Aktenzeichen angeben)
3.6	Augenzeuge des Unfalls (bitte möglichst mit vollständiger Anschrift)
3.7	Alkoholgenuss oder Einnahme von Drogen oder Medikamenten 12 Stunden vor dem Unfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Art und Menge): _____ Blutprobenentnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis: _____ Promille

4. Fragen zu den Unfallfolgen und zur Unfallbehandlung

4.1	Verletzter Körperteil und Art der Verletzung:		
4.2	Erfolgte eine stationäre Unfallbehandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____		
4.3	Erstmalige Unfallbehandlung (Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses)	Behandlungsbeginn	Behandlungsende
4.4	Weitere Unfallbehandlungen (Namen und Anschriften aller weiteren in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser)		

5. Fragen zur Vorerkrankung und Vorunfällen der verletzten Person

5.1	Lagen zur Zeit des Unfalles Erkrankungen, Behinderungen, Leiden oder Gebrechen vor? <input type="checkbox"/> Nein, die verletzte Person war völlig gesund <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ Resultiert daraus eine Invalidität, Rente oder Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. Grad der _____ % Behinderung _____
5.2	Von welchen Ärzten ist die verletzte Person in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall behandelt worden?
5.3	Frühere Unfälle der verletzten Person? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Unfalldatum und betroffenes Körperteil sowie Art der Verletzung angeben)

6. Fragen bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

6.1	Kraftfahrzeugart: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad/roller <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/>		
	sonstiges _____		
	Amtliches Kennzeichen	Fahrgestell-Nr. (FIN)	
6.2	Fahrer	Führerschein (Klasse)	Fahrerlaubnis entzogen?
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War die verletzte Person gem. Ziff. 2 dieses Fragebogens ordnungsgemäß angegurtert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
6.4	Fahrzeughalter:		Wie viel Insassen hatte das Unfallfahrzeug?
6.5	Namen und Anschriften aller Insassen:		

7. Bankverbindung für die Überweisung von Versicherungsleistungen

Kontonummer:	Bankleitzahl:	Name, Bezeichnung des Geldinstitutes	Kontoinhaber:

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder einreiche. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger sowie meinen Arbeitgeber von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Ansprüchen im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ich nehme davon Kenntnis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches selbst dann führen können, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein anderer das Ausfüllen der Schadenanzeige übernommen hat. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum, Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte per Fax: **06784-98395-50** oder per E-Mail an: info@ais-w.com zurück.