



Unfall-Schadenanzeige

ISSELHORSTER Versicherung V.a.G.

Hallerstr. 90
33334 Gütersloh

Vers.-Nehmer: _____

Anschrift: _____

Vertrags-Nr.: _____

Versicherte Summen: Todesfall: _____ EUR

Tagegeld: _____ EUR

Invalidität: _____ EUR

Sonstige Summen: _____ EUR

Wichtig: Wir weisen Sie darauf hin, daß bewußt unwahr oder unvollständige, aber auch verspätete Angaben zum Verlust Ihres Anspruchs auf Versicherungsschutz, d. h. zur Leistungsfreiheit des Versicherers, führen oder führen können, selbst wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.

| | |
|---|---|
| <p>1. a) Vor- und Zuname des Versicherten (Verletzten) b) Adresse und Wohnort des Verletzten c) Geburtsdatum, Beruf bzw. Beschäftigung d) Zu welchem Unternehmen bestand am Unfalltag ein Arbeitsverhältnis?</p> | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>2. a) Tag, Uhrzeit und Ort des Unfalls b) Bei welcher Tätigkeit oder Verrichtung ist der Unfall eingetreten? c) Genaue Schilderung des Unfallhergangs d) Alkoholgenuß in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall? e) Blutprobe? (Ggf. ‰)</p> | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>3. a) Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? b) Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? (Ggf. von welcher Dienststelle? Tagebuch-Nr. ?) c) Läuft ein Strafverfahren? (Aktenzeichen und zuständige Staatsanwaltschaft)</p> | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>4. a) Zeugen des Unfalls b) Wenn kein Zeuge zugegen war: Wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen? c) Hat eine andere Person den Unfall verschuldet? (ggf. wer? , bitte Name u. Anschrift angeben)</p> | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>5. a) Welche Verletzungen oder sonstige Gesundheitschädigungen sind eingetreten? b) Hat der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder zu Arbeitsunfähigkeit geführt? ggf. für welche Zeitdauer? c) Ist mit einer dauernden Beeinträchtigung zu rechnen? Wie ist die Heilungstendenz? (Verbesserung oder Verschlimmerung?)</p> | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |

Versicherter bzw. Verletzter: _____

Unfall am: _____

| | |
|---|---------------------|
| <p>6. a) War der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig? Oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden? <small>ggf. welche?</small></p> <p>b) Erhält oder erhielt der Verletzte eine Rente wegen einer vor dem Unfall entstandenen Behinderung oder Krankheit? <small>ggf. von welcher Stelle? Renten-Nr.?</small></p> | |
| <p>7. a) Welcher Arzt hat wann die ärztliche Hilfe geleistet? b) Namen und Anschrift aller behandelnden Ärzte</p> <p>c) Stationäre Behandlung? <small>ggf. Dauer, Name u. Anschrift des Krankenhauses</small></p> <p>d) Ist die Behandlung abgeschlossen bzw. voraussichtliche Dauer?</p> | |
| <p>8. a) Bestehen Unfallversicherungen auch bei anderen Gesellschaften? <small>ggf. Name, Anschrift, Versicherungs-Nr., und Versicherungs-Summen angeben</small></p> <p>b) Besteht eine private Krankenversicherung? <small>ggf. Name und Anschrift der Gesellschaft oder Kasse angeben</small></p> <p>c) Hat der Versicherte schon früher eine Entschädigung wegen eines Unfalls erhalten? <small>ggf. wann, wieviel und von welcher Gesellschaft?</small></p> <p>d) Ist schon einmal eine vom Versicherten beantragte Lebens- oder Unfallversicherung abgelehnt oder zurückgestellt oder eine solche Versicherung vom Versicherer gekündigt worden?</p> | <p>ja nein</p> |
| <p>9. Ergänzende Bemerkungen</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |

Eine Entschädigung ist zu zahlen an (Kontoinhaber): _____

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl (BLZ): _____ Konto-Nr.: _____

**Wurde die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen
von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall ausgehändigt?**

nein ja

Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahm von Sozialversicherungsträgern - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum

X

(Unterschrift des Vers.-Nehmers)

X

(Unterschrift des Verletzten)

Festgestellt am: _____

durch : _____