Unfall-Schadenanzeige

VOMA
VERSICHERUNGSMAKLER
Eltener Straße 397 46446 Emmerich
Telefon 02822/914579-0 Telefax 02822/914579-29
info@voma-makler.de www.voma-makler.de

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers (VN)

Anrede:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/ Ort:

Versicherer:

VS-Nr.:

Schaden-Nr.:

AZ VM:

Angaben zur verletzten Person

Name:

ggf. abweichende Anschrift:

Geb. am: Verheiratet? ☐ nein ☐ ja Anzahl Kinder: Telefonisch erreichbar unter Nr.: priv.: geschäftl.:

Beruf und kurze Beschreibung Ihrer Tätigkeit:

Name und Anschrift der Arbeitsstätte:

1. Unfallhergang

1.1 Unfalltag: Uhrzeit:

Unfallort:

1.2 Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall:

Ereignete sich der Unfall **auf dem Wege** von oder zur Arbeit? ☐ nein ☐ ja

Während einer Dienstreise? ☐ nein ☐ ja

1.3 Wodurch ist der Unfall verursacht worden und **wie** ist sein Hergang gewesen?

2. Gesundheitsschädigung

2.1 Verletzte(r) Körperteil(e)

2.2 Art der Verletzung(en)

3. Alkohol

3.1 Wurden **alkoholische** Getränke vor dem Unfall getrunken? ☐ nein ☐ ja

Wurde eine Blutprobe entnommen? ☐ nein ☐ ja

4. Verkehrsunfall

4.1 Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt: **PKW** **LKW** **Moped** **Motorrad** **Fahrrad** **And. Verk.**

☐ Als Fahrer ☐ Insasse ☐ Soziusfahrer ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4.2 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? Dienststelle / Aktenzeichen:

5. Arzt- oder Krankenhausbehandlung

5.1 Erste ärztliche Hilfe am / Name + Anschrift:	Weiterbehandlung / Überweisung am / Name + Anschrift:

6. Arbeitsunfähigkeit

6.1 Ist die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben worden? ☐ nein ☐ ja

6.2 Wenn ja, ab wann arbeitsunfähig:

6.3 Wie lange wird die verletzte Person **voraussichtlich** noch arbeitsunfähig sein?

6.4 Wird die verletzte Person **stationär** behandelt?

☐ nein ☐ ja, seit wann? (voraussichtlich) bis:

7. Vorerkrankungen und Vorunfälle

7.1 Hat die verletzte Person wegen **anderer Erkrankungen** oder **früherer Unfälle** in den letzten **5 Jahren** einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt? ☐ nein ☐ ja

7.2 Welche Unfälle? (mit Zeitangabe und Art der Verletzung)

Am: Art der Verletzung:

Am: Art der Verletzung:

Am: Art der Verletzung:

7.3 Welche Krankheiten? (mit Zeitangabe und Art der Erkrankung)

Am: wegen:

Am: wegen:

Am: wegen:

8. Renten

8.1 Erhält die verletzte Person eine **Kriegsbeschädigtenrente?**

☐ nein ☐ ja / Kriegsleiden:

8.2 Erhält die verletzte Person eine **Berufsgenossenschaftsrente?**

☐ nein ☐ ja / Art der Verletzung:

8.3 Erhält die verletzte Person eine **Invalidenrente**?

☐ nein ☐ ja / Art der Invalidität:

8.4 Oder wurde vor dem Unfall eine **Invalidenrente** beantragt?

☐ nein ☐ ja / Grund:

9. Andere Versicherungen

Name, Anschrift und Aktenzeichen erbeten

9.1 Bestehen zzt. noch weitere Unfall-, Insassenunfall-Versicherungsverträge?

☐ nein ☐ ja

1.
2.
3.

9.2 Bestanden Unfallversicherungsverträge?

☐ nein ☐ ja

1.
2.

9.3 Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert?

Wurde der Unfall der BG gemeldet? ☐ nein ☐ ja

9.4 Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung gehört die verletzte Person an? Mit Krankenhaustagegeld?

☐ nein ☐ ja

1.
2.

10. Erklärung

Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

11. Schweigepflichtsbefreiung § 203 StGB

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 die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich sie von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme 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, der / die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann/können.

12. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person / gesetzlicher Vertreter

13. Konten

Vereinbarte Entschädigungsbeträge sind auf das bezeichnete Konto zu überweisen.

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Per Email senden