



## Schadenanzeige Unfall

Vermittler-Nr. (Stempel)

### Versicherungsnehmer

Name Versicherungsnehmer / in:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Bankverbindung für zu leistende Entschädigungen:  
Geldinstitut

Bankleitzahl:

Kontoinhaber / in:

Konto-Nr.:

Versicherungsschein-Nr.:

Schaden-Nr.: (vom Versicherer auszufüllen)

Telefon:      privat

geschäftlich

Fax:

Name des Verletzten (= Versicherten):

geb. am:      Anschrift:      \_\_\_\_\_

Telefon:      Beruf:      Selbstständig       ja       nein

Falls ja, bitte auch bei einem Freizeitunfall angeben, seit wann, bei welcher Berufsgenossenschaft und unter welcher Mitgliedsnummer gesetzlicher Unfallversicherungsschutz bestand?

Wann ereignete sich der Unfall? Am \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr (0 bis 24)

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Straße, Haus-Nr.)

Nähere Bezeichnung der Örtlichkeit (z.B. Bürgersteig, Treppenhaus, Wohnzimmer, Schlosserei, Skihang)

Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit? \_\_\_\_\_

Wenn als Kfz-Lenker: Führerschein Klasse \_\_\_\_\_, Ort und Datum der Ausstellung \_\_\_\_\_

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?       ja       nein

Wenn ja, welche Menge? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Wurde eine Blutprobe entnommen?       ja       nein      Ergebnis \_\_\_\_\_ %

Wie ereignete sich der Unfall? (Diese Frage ist so ausführlich zu beantworten, dass sich ein klares Bild des Schadenhergangs ergibt.)

Was war nach Ihrer Auffassung die Unfallursache?

Wer hat den Unfall gesehen? (Namen und Anschriften)

Ist ein Protokoll über den Unfall aufgenommen worden?       ja       nein      Von welcher Stelle? \_\_\_\_\_

Strafverfahren eingeleitet?       ja       nein      Gegen wen? \_\_\_\_\_

Art der Verletzungen? \_\_\_\_\_

Hat der Unfall einen vollstationären Krankenhausaufenthalt zur Folge gehabt?  ja  nein

Wenn ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ .

An welchem Tag hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung begeben? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Heildauer nach Ansicht des Arztes \_\_\_\_\_

Hat der Unfall eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Verletzten zur Folge gehabt?  ja  nein

Wenn ja, inwieweit / wie lange? \_\_\_\_\_

Ist nach ärztlicher Meinung mit dauernden Folgen (Invalidität) zu rechnen?  ja  nein

War der Verletzte bei Eintritt des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig?  ja  nein

Falls nein, welche anderweitigen Erkrankungen lagen vor? \_\_\_\_\_

Hatte der Verletzte bereits früher Unfälle erlitten? Wenn ja, wann und mit welchen Folgen? \_\_\_\_\_

Welche Ärzte wurden in den letzten fünf Jahren konsultiert? (Namen und Anschriften sowie Zeitpunkt und Grund) \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand noch anderweitig eine Versicherung gegen Unfälle?  ja  nein

Anschrift der betreffenden Gesellschaft(en) \_\_\_\_\_

Vers.-Schein-Nr.(n): \_\_\_\_\_

Vers.-Summen: \_\_\_\_\_

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall?  ja  nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass der Versicherer (Basler Versicherungen) sowie dessen Bevollmächtigte (VdVA - Versicherungsservice, Management- und Vermittlungsgesellschaft mbH) zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüfen, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassenen 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 gegenüber der Basler Versicherung und der VdVA - Versicherungsservice GmbH. Ebenso entbinde ich diese von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Berufsgenossenschaften und Behörden; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Sie werden vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten entsprechend § 213 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) unterrichtet.

Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich vertretene(n) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ab, die / der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

**Sämtliche Fragen sind nach bestem Gewissen vollständig und richtig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei Vorsatz führen unvollständige oder unrichtige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten (=Versicherter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer / in