

Schadenanzeige zu Vers.-/Schaden-Nr.:

zur Unfallversicherung

Bitte schicken Sie das Formular ausgefüllt zurück an:

ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Zentralbereich Schaden

61435 Oberursel

Name des Versicherungsnehmers _____

Anschrift _____ Telefon _____

Beruf oder Betrieb _____

BLZ _____ Konto-Nr. _____ bei _____

Kontoinhaber _____

Name des Verletzten (= Versicherten) _____

geb. am _____ Beruf _____

Anschrift _____ Telefon _____

Selbständig ja nein

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

Schilderung des Herganges:

Wann ereignete sich der Unfall? Am ____ 20 ____ 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 Schadenherganges 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 eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Verletzten zur Folge gehabt? ja nein

Wenn ja, inwieweit? _____

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 _____

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? _____

Haben Sie 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)

Wann und Warum? _____

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 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 von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung 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, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Sämtliche Fragen sind nach bestem Wissen vollständig und richtig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben bewirken den Verlust des Versicherungsschutzes; bei Vorsatz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

_____, den _____

Unterschrift des Verletzten (= Versicherter)

Unterschrift des Versicherungsnehmers