

# U Schaden-Anzeige zur Unfallversicherung

Versicherungsschein-Nr. (bitte einsetzen) <b>591 72 7300500 /</b>	<b>025/213351</b>	Schaden-Nummer (wird von AM eingesetzt)
(Name und Anschrift Versicherungsnehmer/-in):	Bitte ausgefüllt und unterschrieben unter Angaben der Versicherungsschein-Nr. zurück an	

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Arbeitsgemeinschaft  
Bad.-Württ. Jagdscheininhaber  
Otto-Hahn-Str. 23  
71069 Sindelfingen

☎ (07031)46909-11 Fax (07037)46909-29

Vom Versicherungsnehmer zu ergänzen:

<b>1. Verletzter</b> (versicherte Person) a) Name, Vorname b) Straße c) PLZ, Ort d) Geb.-Datum e) Beruf f) Telefon	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____
<b>2. Zeit und Ort des Schadens</b> a) Tag, Datum und Uhrzeit b) Schadenörtlichkeit (bitte auch angeben, an welchem Ort, in welchem Lokal sowie an welchen Maschinen, Apparaten oder Vorrichtungen sich der Schaden ereignete!):	a) _____ 20 _____ Uhrzeit _____ b) _____ _____

**3. Schilderung des Unfalls** (Bitte ausführlich und genau schildern, Skizze beifügen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>4. Amtliche Ermittlungen und Zeugen</b> a) Sind polizeiliche Ermittlungen durchgeführt worden? Wann und von welcher Dienststelle? b) Name und Anschrift der Zeugen: c) Wenn niemand zugegen war, wer hat den Verletzten zuerst nach dem Unfall gesehen?	a) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ von _____ b) 1. _____ 2. _____ c) _____
<b>5. Begleitumstände</b> a) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? a) Halten Sie die Forderung der Höhe nach für angemessen? (warum nicht?)	a) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja b) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

**6. Arbeitsunfall**

- a) Handelt es sich um einen Unfall am Arbeitsplatz / auf dem Weg zu oder von der Arbeit?
- b) Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? Welcher?

- a)  Nein  Ja
- b)  Nein  Ja

**7. Verletzungen**

- a) Art der Verletzung / betroffener Körperteil (Z. B. Bruch rechter Oberarm, Gehirnerschütterung, Zerrung linkes Fußgelenk)
- b) Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von / bis?
- c) Ist eine völlige Wiederherstellung zu erwarten?
- d) An welchen Krankheiten und / oder Gebrechen litt die verletzte Person vor dem Unfall?

- a) \_\_\_\_\_
- b) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- c)  Nein  Ja
- d) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Ärzte / Krankenhaus**

- a) Anschrift des Arztes, der erste ärztliche Hilfe leistete
- b) Weiterbehandlung durch
- c) Stationäre Behandlung von / bis (voraussichtlich)
- d) Name, Anschrift und Abteilung des Krankenhauses angeben
- e) Zuletzt in Behandlung bei

- a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Frühere Unfälle**

- a) Haben Unfallverletzungen schon vorgelegen, falls ja welche?
- b) Sind diese Unfälle ausgeheilt?
- c) Bestehen noch Restbeschwerden, falls ja welche?

- a)  Nein  Ja \_\_\_\_\_
- b)  Nein  Ja
- c)  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**10. Versicherungsträger**

- a) Bei welcher anderen Gesellschaft besteht für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen? – Bitte Anschrift, Versicherungsschein-Nummer und Vers.-Summen sowie ggfls. Schadenaktenzeichen angeben -

- a) \_\_\_\_\_

**11. Entschädigungszahlungen**

- a) An wen soll eine Zahlung erfolgen? Name und Anschrift
- b) Konto-Nr.
- c) Bezeichnung des Geldinstitutes
- d) Bankleitzahl

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

**12. Befreiung von der Schweigepflicht**

Alle Ärzte, Krankenanstalten, Krankenkassen, Versicherungsunternehmungen, Berufsgenossenschaften und Behörden werden hiermit ermächtigt, der AM jede gewünschte Auskunft - auch über die Gesundheitsverhältnisse der versicherten Person - zu erteilen.

**14. Wichtiger Hinweis**

**Unwahre oder lückenhafte Angaben führen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruchs, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.**

**Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angabe.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers