



**SCHNITGER**  
VERSICHERUNGS- UND  
FINANZDIENSTLEISTUNG

## UNFALL-SCHADENANZEIGE

Fax: 0441 / 9252 -100

Tel.: 0441 / 9252 -0

**Versicherungsnehmer (Name, Anschrift, Tel.):**


Versicherer	<input type="text"/>	VS-Nr.	<input type="text"/>	Schaden-Nr. VR:	<input type="text"/>
Schadentag:	<input type="text"/>	Schadenzeit:	<input type="text"/>	Unfallort:	<input type="text"/>
<input type="text"/>					

<b>Verletzte Person:</b> <input type="checkbox"/> <b>Versicherungsnehmer</b> <input type="checkbox"/> <b>mitversicherte Person:</b>			
Name, Vorname:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Ausgeübter Beruf:	<input type="text"/>

Bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten	<input type="checkbox"/> auf dem Wege dorthin oder von dort
	<input type="checkbox"/> im Haushalt	<input type="checkbox"/> beim Einkaufen <input type="checkbox"/> bei sonstiger Gelegenheit

<b>Unfallhergang</b> Wie hat sich der Unfall ereignet? (ggfs. gesondertes Blatt verwenden):	<input type="checkbox"/> gesondertes Blatt	<input type="checkbox"/> Skizze beigefügt
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

<b>Worin bestehen die Verletzungen?</b>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

## UNFALL-SCHADENANZEIGE

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Polizeidienststelle <input style="width: 150px;" type="text"/> Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß? Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen? Als Lenker eines Fahrzeugs: Führerschein gültig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Aktenzeichen: <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Menge <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Führerscheinklasse: <input style="width: 50px;" type="text"/> Fahrzeugart: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis <input style="width: 50px;" type="text"/> %o
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis <input style="width: 50px;" type="text"/> %o

<b>Ärztliche Behandlung:</b>	
Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	Datum: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Uhrzeit: <input style="width: 40px;" type="text"/> Uhr
	Name, Anschrift des Arztes: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
War eine stationäre Behandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Name, Anschrift des Krankenhauses <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?	Namen, Anschriften: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Finden z.Zt. noch ärztliche Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Voraussichtliche Behandlungsdauer: <input style="width: 40px;" type="text"/> Wochen <input type="checkbox"/> ambulant / <input type="checkbox"/> stationär
Wer ist der behandelnde Arzt? (Name, Anschrift)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Besteht noch eine Beeinträchtigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input style="width: 40px;" type="text"/> Wochen

## UNFALL-SCHADENANZEIGE

War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalles vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Krankheiten oder Leiden:
		<input style="width: 100%;" type="text"/>
Hat die versicherte Person frühere Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? <input style="width: 100%;" type="text"/>
		Höhe der Entschädigung: <input style="width: 80%;" type="text"/> EUR
		Von welcher Gesellschaft? <input style="width: 100%;" type="text"/>
Bezieht oder bezog die versicherte Person Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen Erwerbsminderung von	<input style="width: 50%;" type="text"/> %
		Höhe der Rente <input style="width: 50%;" type="text"/> EUR
		Versicherungsträger: <input style="width: 100%;" type="text"/>

<b>Weitere Versicherungen:</b>		
Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.Summen	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bei Arbeits- oder Wegeunfällen: Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei	<input style="width: 100%;" type="text"/>

<b>Zahlung</b>	<input type="checkbox"/> Überweisung auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck
Konto-Nr.:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	BLZ: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Kontoinhaber:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)?  ja  nein

Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir weisen darauf hin, dass bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!