

# Unfall-Schadenanzeige



a company of **HBC** group

zurück an:

TPSH Versicherungsmakler GmbH  
Inselkammerstr. 1  
82008 Unterhaching

Tel.: +49 (89) 66550 100  
Fax: +49 (89) 66550 200  
E-Mail: info@tpsh.de

Versicherungsnehmer	
Vertragsnummer	
Vorgangsnummer	

## 1. VERSICHERUNGSNEHMER

1.1. Name, Vorname	
1.2. Geburtsdatum	
1.3. Straße	
1.4. PLZ, Ort	
1.5. Telefon	
1.6. Telefax	
1.7. E-Mail	
1.8. Staatsangehörigkeit	
1.9. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft

## 2. ALLGEMEINE SCHADENDATEN

2.1. Schadentag/Uhrzeit	
2.2. Schadensort	
2.3. Kurze, möglichst eindeutige Schilderung zum Unfallhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen	

### 3. ANGABEN ZU SCHADENBETEILIGTEN

Schadenbeteiligter  
  verletzte Person  
  Augenzeuge  
  Erstbehandelnder Arzt  
  Weiterbeh. Arzt  
  Krankenhaus

Vorname	Name	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	

Schadenbeteiligter  
  verletzte Person  
  Augenzeuge  
  Erstbehandelnder Arzt  
  Weiterbeh. Arzt  
  Krankenhaus

Vorname	Name	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	

Schadenbeteiligter  
  verletzte Person  
  Augenzeuge  
  Erstbehandelnder Arzt  
  Weiterbeh. Arzt  
  Krankenhaus

Vorname	Name	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	

### 4. POLIZEILICHE AUFNAHME

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen Polizeidienststelle:
--------------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------------------------

### 5. WEITERE ANGABEN ZUR VERLETZTEN VERSICHERTEN PERSON

5.1. Wurde eine Blutalkoholprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ‰
5.2. Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art und Menge
5.3. Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar

5.4. Als Lenker eines Fahrzeuges, gültige Fahrerlaubnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar Führerscheinklasse	/ Fahrzeugart
5.5. Leidet oder litt die versicherte Person an einer ernsten Erkrankung oder einem Gebrechen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
5.6. Welcher Arzt behandelte diese Erkrankung?	<b>Name und Anschrift siehe Schadenbeteiligter</b>		
5.7. Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen Erwerbsminderung von	% von (Stelle), Aktenzeichen
5.8. Hat die versicherte Person frühere Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	/Verletzungsart
5.9. Hat Sie dafür Invaliditätsleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	von (Stelle), Aktenzeichen

**Anderweitiger Unfallversicherungsschutz für die versicherte Person**

- Eigene Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	/Gesellschaft	/Nummer
- Fremde Unfallversicherung (z.B. Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	/Gesellschaft	/Nummer
5.10. Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar bei		

## 6. PERSONENSCHADEN

6.1. Name und Anschrift siehe	Schadenbeteiligter		
6.2. Beschreibung der Verletzung			
<input type="checkbox"/> Transport in Spezialklinik	<input type="checkbox"/> Abtransport mit Rettungshubschrauber	<input type="checkbox"/> Befreiung des Verletzten mit der Rettungsschere	
6.3. Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
6.4. Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
6.5. Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
6.6. Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt wurde	<input type="checkbox"/> wurde ausgehändigt	<input type="checkbox"/> wurde versicherten Person ausgehändigt	<input type="checkbox"/> wurde nicht ausgehändigt

## 7. SONSTIGE ANGABEN

---



---



---

## 8. BANKDATEN FÜR DIE SCHADENZAHLUNG

An wen und auf welches Konto soll die Auszahlung erfolgen?	Kontoinhaber:	Konto: Bank:	BLZ:
------------------------------------------------------------	---------------	-----------------	------

## 9. VERANTWORTLICHKEIT, ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT, SCHLUSSERKLÄRUNG

Die Fragen sind nach bestem Gewissen richtig beantwortet. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entstanden ist.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit alle Angaben überprüft, die ich 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 Zwecke befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannte sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Einer Weitergabe der medizinischen Unterlagen zur Auswertung durch einen ärztlichen Gutachter stimme ich zu. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Leistungsansprüche im Falle meines Todes. Ebenso gilt diese Schweigepflichtentbindung auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlichen vertretene(n)  ab, die / der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort/Datum	Unterschrift vom Versicherungsnehmer	Unterschrift der versicherten Person