

Unfall-Schadenanzeige

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	
Schadensnummer	

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	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ 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

1. Schadenbeteiligter ☐ verletzte Person ☐ Augenzeuge ☐ Erstbehandelnder Arzt ☐ Weiterbeh. Arzt ☐ Krankenhaus

Vorname	Name	Geburtsdatum	☐ männlich ☐ weiblich
Straße	PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	

2. Schadenbeteiligter ☐ verletzte Person ☐ Augenzeuge ☐ Erstbehandelnder Arzt ☐ Weiterbeh. Arzt ☐ Krankenhaus

Vorname	Name	Geburtsdatum	☐ männlich ☐ weiblich
Straße	PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	

3. Schadenbeteiligter ☐ verletzte Person ☐ Augenzeuge ☐ Erstbehandelnder Arzt ☐ Weiterbeh. Arzt ☐ Krankenhaus

Vorname	Name	Geburtsdatum	☐ männlich ☐ weiblich
Straße	PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	

4. POLIZEILICHE AUFNAHME

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen? ☐ nein ☐ ja, Aktenzeichen Polizeidienststelle:

5. WEITERE ANGABEN ZUR VERLETZTEN VERSICHERTEN PERSON

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

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

Anderweitiger Unfallversicherungsschutz für die versicherte Person

- Eigene Unfallversicherung	☐ nein	☐ ja, seit	/Gesellschaft	/Nummer
- Fremde Unfallversicherung (z.B. Arbeitgeber)	☐ nein	☐ ja, seit	/Gesellschaft	/Nummer
5.10. Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)?	☐ nein	☐ ja, und zwar bei		

6. PERSONENSCHADEN

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

7. SONSTIGE ANGABEN

8. BANKDATEN FÜR DIE SCHADENZAHLUNG

An wen und auf welches Konto soll die Auszahlung erfolgen?	Kontoinhaber:	Konto/IBAN:
		BLZ/BIC:
		Bank:

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