



	Ja	Nein	
Haben Zeugen den Unfall gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name, Anschrift _____
Sind polizeiliche Feststellungen getroffen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anschrift Dienststelle _____
Ggf. welche Staatsanwaltschaft Aktenzeichen?			_____
Hat die versicherte Person 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder andere berauschende Mittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, Art und Menge _____
Zeitraum der Einnahme			Uhrzeit: von - bis _____
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, mit dem Ergebnis _____
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindel, Krampfanfall) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, _____
War die versicherte Person als Lenker eines Fahrzeugs im Besitz der erforderlichen Erlaubnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Führerscheinklasse _____
Welcher Arzt behandelte (wann) zuerst?			Name _____
			Anschrift _____
			Datum, Uhrzeit _____
Welche Ärzte (mit Fachgebiet) behandelten weiter (ggf. auch Anschrift des Krankenhauses mit Abteilung)?			Name, Anschrift _____
			_____
Wie lange hat die stationäre Behandlung gedauert?			von - bis _____
Ist die versicherte Person wieder arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit _____
War die versicherte Person vor dem Unfall akut oder chronisch krank (auch Suchterkrankung) oder lag eine Behinderung oder Anomalie vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche und seit wann? _____
Welche Ärzte behandelten diese Erkrankungen? (Bitte Anschrift angeben)			_____
Bezieht die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche Pflegestufe _____
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? Ggf. von welcher Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erwerbsminderungsgrad (MdE) _____ % GdB _____ %
Nimmt die versicherte Person regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____
Hat die versicherte Person schon früher Unfälle erlitten? Art der Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, am _____
Hat sie dafür Invaliditätsentschädigungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, von wem? _____
Bestehen für die versicherte Person weitere eigene Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, seit _____
Bei welchen Gesellschaften?			_____
Unter welcher Versicherungsnummer?			_____
Bestehen für die/den versicherte(n) fremde Unfallversicherungen, z.B. über den Arbeitgeber, Verein usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, seit _____
Bei welchen Gesellschaften / Berufsgenossenschaften?			_____

## WICHTIGER HINWEIS

Wir bitten Sie, die Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zurückzusenden.

Vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben ein - der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende - Kürzung der Leistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene/n ab

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der verletzten Person