

Schadenanzeige für **PRIVAT**•ASSekuranz - Unfallversicherung

Bitte senden Sie diese Schadenanzeige sorgfältig ausgefüllt an uns zurück.

Verletzte Person

Anrede Firma Herr Frau
Vorname, Name Versicherungsschein-Nr.
Strasse, Hausnummer Schaden-Nr.
Postleitzahl, Ort

Angaben zur Person

Geburtsdatum
Telefon privat
Telefon geschäftlich
Beruf
Tätigkeit

Angaben zur Arbeitsstätte

Name
Strasse, Haus-Nr
Postleitzahl, Ort

Unfallhergang

Unfalltag Unfallort
Unfalluhrzeit

Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall?

Arbeitsunfall? Ja Nein
Wegeunfall? Ja Nein

Wodurch ist der Unfall verursacht worden und wie ist sein Hergang gewesen?

Angaben zum Zeugen

Anrede Firma Herr Frau
Vorname, Name
Strasse, Hausnummer
Postleitzahl, Ort

Gesundheitsschädigung

Verletzte Körperteile

Art der Verletzungen

Alkohol / Medikamente

Wurden alkoholische Getränke vor dem Unfall getrunken?

 Ja Nein

Wurde eine Blutprobe entnommen?

 Ja Nein

Wurden Medikamente oder Rauschmittel eingenommen?

 Ja Nein

Verkehrsunfall

Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt?

- PKW Motorrad
 LKW Moped
 Fahrrad
 anderes Verkehrsmittel

Die verletzte Person war

- Fahrer
 Insasse
 Soziusfahrer

Waren Sie angeschnallt?

- Ja
 Nein

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?

 Ja Nein

Angaben zur Polizeidienststelle

Dienststelle

Aktenzeichen

Strasse, Hausnummer

Telefon-Nr.

Postleitzahl, Ort

Arzt- oder Krankenhausbehandlung

Erste ärztliche Hilfe am:

Überweisung am:

Name

Name

Strasse, Hausnummer

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Postleitzahl, Ort

Arbeitsunfähigkeit

Ab wann ist die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben worden?

Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein?

Wird die verletzte Person stationär behandelt? Ja Nein

Stationäre Behandlung seit

stationäre Behandlung bis:

Vorerkrankung und UnfälleStand die verletzte Person wegen früherer Unfälle in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Welche Unfälle (mit Zeitangabe und Art der Verletzung)

Stand oder steht die verletzte Person wegen früherer Krankheiten in ärztlicher Behandlung?

 Ja Nein

Welche Krankheiten (mit Zeitangabe und Art der Erkrankung)

Renten / Schwerbehinderten-Ausweis

Erhält oder erhielt die verletzte Person eine Rente? Ja Nein
Wurde eine Rente beantragt? Ja Nein
Art und Grund der Rente? (mit Zeitangabe und Prozentsatz)

Besitzt die verletzte Person einen Schwerbeschädigtenausweis? Ja Nein
Wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt? Ja Nein
Aufgrund welcher Gesundheitsstörungen?

Andere Versicherungen

Bestehen z. Z. noch weitere Unfall-, Insassenunfall- oder Lebensversicherungsverträge mit UNFALL-ZUSATZ / Berufsunfähigkeit?
 Ja Nein

Bestanden Unfallversicherungsverträge?
 Ja Nein

Angaben zur Versicherungsgesellschaft

Aktenzeichen
Name
Strasse, Hausnummer
Postleitzahl, Ort

Angaben zur Versicherungsgesellschaft

Aktenzeichen
Name
Strasse, Hausnummer
Postleitzahl, Ort

Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person

Erfolgte eine Meldung an die BG? (wenn ja, bitte Kopie beifügen) Ja Nein

Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?

Mit Krankentagegeld? Ja Nein

Erklärung

Ich erkläre, die Fragen vollständig und Wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein Dritter (z.B. die Ehefrau, der Vermittler) die Schadenanzeige ausgefüllt hat. Wir weisen darauf hin, daß der Versicherer bei vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtig gemachten Angaben berechtigt ist, eine Leistungspflicht abzulehnen, auch wenn dem Versicherer durch die falschen Angaben kein Nachteil entsteht.

Schweigepflichtsbefreiung

Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßte Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

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

Unterschriften

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers
Ort, Datum Unterschrift der verletzten Person / des gesetzl. Vertreters

Konto

Vereinbarte Entschädigungsbeträge sind auf das bezeichnete Konto zu überweisen

Bankinstitut Kontoinhaber
Bankleitzahl Konto-Nummer

Bitte senden Sie die Schadenanzeige an: P & P Pergande & Pöthe GmbH, Schloßstraße 2-6, 22041 Hamburg
oder senden Sie die Schadenanzeige per Telefax an: 040 / 68 28 69-50
