

Unfall-Schadenanzeige		Versicherungsmakler:	
Name und Anschrift des Versicherungsnehmers (VN)			
Anrede:			
Name		Versicherer:	
Vorname:		VS-Nr.:	
Straße:		Schaden-Nr.:	
PLZ/ Ort:		AZ VM:	AZ gBn:
Angaben zur verletzten Person	Name:		
	ggf. abweichende Anschrift:		
	Geb. am	Verheiratet?	Anzahl Kinder
	nein ja	priv.:	geschäftl.:
	Beruf und kurze Beschreibung Ihrer Tätigkeit		
Name und Anschrift der Arbeitsstätte			
1. Unfallhergang	1.1 Unfalltag:	Uhrzeit:	
	Unfallort:		
	1.2 Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall:	Ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit?	Während einer Dienstreise?
	nein ja	nein ja	nein ja
	1.3 Wodurch ist der Unfall verursacht worden und wie ist sein Hergang gewesen?		
2. Gesundheits-schädigung	2.1 Verletzte(r) Körperteil(e)		
	2.2 Art der Verletzung(en)		
3. Alkohol	3.1 Wurden alkoholische Getränke vor dem Unfall getrunken?		Wurde eine Blutprobe entnommen?
	nein ja	nein ja	
4. Verkehrs-unfall	4.1 Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt: PKW LKW Moped Motorrad Fahrrad And. Verk.		
	Als Fahrer	Insasse	Soziusfahrer
4.2 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? Dienststelle / Aktenzeichen			
5. Arzt- oder Krankenhaus-behandlung	5.1 Erste ärztliche Hilfe am / Name + Anschrift:		Weiterbehandlung / Überweisung am / Name + Anschrift:
6. Arbeitsunfä-higkeit	6.1 Ist die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben worden?		6.2 Wenn ja, ab wann arbeitsunfähig:
	nein ja		
	6.3 Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein?		
6.4 Wird die verletzte Person stationär behandelt?			
nein	ja, seit wann?	(voraussichtlich) bis	

