

# Unfall-Schadensanzeige

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Anspruchsteller (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)

## Daten der versicherten (vom Unfall betroffenen) Person

Mitgliedsschein-Nr.	Familienname und Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer
Beschäftigung zum Zeitpunkt des Unfalles	Dienstgeber bzw. Dienststelle zum Zeitpunkt des Unfalles	
Derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber bzw. Dienststelle	
Name und Anschrift des Hausarztes		

## Angaben zum Unfall

Unfalldatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall	<input type="checkbox"/> Nebenerwerb	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?				
Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls				
(Falls der Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort)				
Wurden Erhebungen von der Polizei durchgeführt?		Anzeige wurde erstattet		
<input type="checkbox"/> ja	Adresse der Dienststelle, Postleitzahl	<input type="checkbox"/> ja	Name des Beschuldigten	
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?		<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja	Welche/Wieviele?			

## Angaben zum Unfall mit dem Kraftfahrzeug

Name des Lenkers (falls die versicherte Person KFZ-Lenker oder Beifahrer war)	Führerscheinnummer	Ausstellungsdatum	Gruppe(n)	
Daten des Fahrzeuges		Marke	KFZ-Kennzeichen	
<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> LKW	<input type="checkbox"/> Motorrad	<input type="checkbox"/> Moped	<input type="checkbox"/> anderes (welches)

## Angaben über Versicherungen

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte pflichtversichert?					
<input type="checkbox"/> VAE	<input type="checkbox"/> BVA	<input type="checkbox"/> G GK	<input type="checkbox"/> VA der gewerb. Wirtschaft	<input type="checkbox"/> SVA der Bauern	<input type="checkbox"/> andere (Name)
Unfallversicherung bzw. Lebensversicherung mit Unfallversicherung bei anderen Versicherungsanstalten					
<input type="checkbox"/> ja	Gesellschaft	Polizzenummer	<input type="checkbox"/> nein		

## Überweisung der Versicherungsleistung

Geldinstitut, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber
-------------------------------------------------------

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des Antragstellers

ankreuzen



Zutreffendes bitte

ausfüllen!

BITTE VOLLSTÄNDIG

05/2006

**Bitte wenden und auch die Einsichtsermächtigungserklärung auf der Rückseite unterschreiben!**