

Unfall-Schadenanzeige

**HAFTPFLICHTKASSE
DARMSTADT**



Vers.-Schein-Nr.

(bitte unbedingt angeben)

Haftpflichtkasse Darmstadt Postfach 11 26 64373 Roßdorf

Versicherungsnehmer (Namen- und Adressänderung bitte angeben):

Telefon: 06154/601-1272 Fax: 06154/601-2202

E-Mail: info@haftpflichtkasse.de

http://www.haftpflichtkasse.de

Tel., Fax und E-Mail des Versicherungsnehmers:

.....

Schadentag	Uhrzeit
Schadenort (Straße, Hausnr., PLZ)	
An wen soll Zahlung erfolgen ?	
Kontoinhaber:	
Geldinstitut:	
Bankleitzahl:	Kto.-Nr.:

Zu- und Vorname des Verletzten (versicherte Person):

Straße:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

Ausgeübter Beruf des Verletzten:

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Unfallschilderung (ggf. mit Skizze) Bitte beschreiben Sie die Geschehnisse möglichst genau (ggf. auf ges. Blatt).

.....

Name und Anschrift der Zeugen:

Bitte zutreffendes ankreuzen. Nicht angekreuztes gilt als Verneinung

Handelt es sich um einen Arbeits-, Dienst-, Schul- oder Wegeunfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei beruflicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Schule	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	--	------------------------------	--	-------------------------------	--	-------------------------------	--

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? nein ja Akt.-Z.

Anschrift der Berufsgenossenschaft:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? nein ja Tgb.-Nr.

Anschrift der Polizeidienststelle

Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs-
oder Strafverfahren eingeleitet? nein ja gegen:

Akt.-Z.: bei:

Bei Verkehrsunfällen: Welches Verkehrsmittel benutzte der nein ja Pol. Kennz.:

Verletzte? (Fahrrad, Krad, Moped, PKW, LKW...) War er Fahrer? nein ja

Führerscheinklasse, ausgestellt am:

Hat der Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem nein ja von bis Uhr

Unfall alkohol. Getränke, Medikamente oder was und wieviel?

Rauschmittel zu sich genommen? Blutprobe nein ja Promille

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Rennsport

Eingetreten? nein ja Welcher Art?:

Waren Sie Fahrer, Beifahrer oder Insasse? nein ja

- bitte wenden -

Art und Umfang der Gesundheitsschädigung:

Beginn der **ersten** ärztlichen Behandlung: Uhrzeit:
Name und Anschrift des **erst**behandelnden Arztes:
Name und Anschrift der **jetzt** behandelnden Ärzte:

Krankenhausaufenthalt nein ja von bis von bis
Name und Anschrift des Krankenhauses:

Ist der Unfall auf eine zuvor eingetretene Geistes- oder Bewußtseinsstörung zurückzuführen? z.B. nein ja
Schwindel, Ohnmacht, Epilepsieanfall, schweres Nervenleiden oder Schlaganfall Welcher Art:

Hatte der Verletzte schon frühere Unfälle? nein ja Art der Verletzung:
Hat der Verletzte deswegen eine Entschädigung erhalten (Name und Anschrift der Gesellschaft)? nein ja Akt.-Z.:
Bezieht oder bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle Rentenzahlungen? nein ja seit: von:

War der Verletzte unmittelbar vor dem Unfall völlig gesund? nein ja
An welchen Krankheiten hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten? Seit wann?
Bei welchem Arzt war der Verletzte deswegen in Behandlung?

Ist der Verletzte Mitglied einer privaten Krankenversicherung? nein ja Vers.Schein-Nr.:
Anschritt:

War der Verletzte am Unfalltag noch anderweitig gegen Unfall versichert? (Sportverein, Gewerkschaft...) nein ja Gesellschaft/ Vers.Schein-Nr:

Ist schon einmal eine für den Verletzten bestehende Unfallversicherung gekündigt oder ein Unfallversicherungsantrag abgelehnt worden? ja am: durch Versicherungsnehmer/ Versicherer
 nein wegen:

Hat der Verletzte einen Rechtsanwalt mit der Geltendmachung von Ersatzansprüchen gegen den Unfallverursacher beauftragt? nein ja Name, Anschrift des Rechtsanwalts:

Schweigepflicht-Entbindungserklärung für die Schadenanzeigen in der Unfallversicherung:
Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten 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 zur Prüfung meiner Leistungsansprüche, auch über meinen Tod hinaus.
Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt 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 gesetzlich vertretene(n) Minderjährige(n) ab.

Schlußerklärung:

Die genaue und vollständige Beantwortung vorstehender Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalles und hinsichtlich der Leistungspflicht für den Versicherer von erheblicher Bedeutung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, daß alle Fragen dieser Schadenanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, daß ich sie nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir bekannt, daß vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wen dem Versicherer durch die Angaben kein Nachteil entsteht.

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers Unterschrift des Verletzten Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter