

Bitte wenden

SchaForm/US91-0901.p65

4.1 Worn besteht die Verletzung?

4.2 War der Verletzte infolge des Unfalls bewußlos?

4.3 Welche Folgen des Unfalls sind bereits eingetreten?
Welche sind noch zu erwarten?

4.4 Wie lange wird die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich dauern?

5.1 Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

5.2 Wie heißt der erstbehandelnde Arzt und wo wohnt er?
(Bitte genaue Anschrift angeben!)

6.1 Wer behandelt den Verletzten jetzt?
(Bitte genaue Anschrift angeben!)

6.2 Welche Anordnungen hat der behandelnde Arzt getroffen?

1.1 Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?
Anschrift der Polizeibehörde:
Aktenzeichen:

1.2 Welche Personen waren Zeugen des Unfalls?
(Bitte vollständige Anschrift angeben!)

1.3 Falls Zeugen des Unfalls nicht vorhanden sind:
Wer hat den Verletzten zuerst nach dem Unfall
gesehen? (Bitte vollständige Anschrift angeben!)

2.1 Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor
dem Unfall Alkohol genossen?
Welche Menge?

2.2 Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor
dem Unfall Medikamente eingenommen?
Welche?
Welche Menge?

2.3 Könnte eine Bewußtseinsstörung den Unfall verursacht haben?

3. Wie war der Hergang des Unfalls?
Bitte genau und ausführlich beantworten, wenn der Raum nicht ausreicht, bitte besonderes Blatt
verwenden. Gegebenenfalls Skizze beifügen.

Die Fragen sind vollständig zu beantworten, nicht durch Striche oder dergleichen. Falsche Beantwortung oder absichtliches Verschweigen kann den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen.

Schaden-Nr.:		Versicherungsschein-Nr.:		Schadentag		Uhrzeit		Ort	
Verletzte Person - Name und Anschrift mit PLZ und Ortsteil				Versicherungsnehmer - Name und Anschrift mit PLZ					
Telefon:		Beruf:		Wie krankenversichert? <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig		Telefon:			
Geburtsdatum des Verletzten?		Beruf des Verletzten?							

Uelzener Allg. Versicherungs-Ges. a. G.
Postfach 21 63 • 29511 Uelzen
Tel. (05 81) 80 70-0 Fax (05 81) 80 70-248



Schadenanzeige Unfall

7.1 Wo befindet sich der Verletzte? In seiner Wohnung oder in fremder Pflege? Falls im Krankenhaus, in welchem? (Bitte genaue Anschrift angeben!)

7.2 Krankenhausaufenthalt von bis (Beschreibungen bitte beifügen!)

8. Kann der Verletzte

- ausgehen
- Anordnungen treffen
- reisen
- schriftlich arbeiten
- körperlich arbeiten
- beaufsichtigen

9.1 War der Verletzte vor dem Unfall vollständig gesund oder bestehen außer den Unfallfolgen noch anderweitige Erkrankungen oder frühere Unfallfolgen und welche?

9.2 War der Verletzte vor dem Unfall voll arbeitsfähig?

9.3 Erhält der Verletzte eine Rente und von wem?

10.1 Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse oder einer Krankenversicherung und welcher? (Bitte genaue Anschrift angeben!)

10.2 Ist der Verletzte (evtl. durch seinen Arbeitgeber) bei einer Berufsgenossenschaft versichert? Bei welcher? (Bitte genaue Anschrift angeben!)

11.1 Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert? Bei welcher? (Bitte genaue Anschrift und Versicherungs-Nr. angeben!)

11.2 Bei welcher Gesellschaft bestand früher eine Unfallversicherung?

11.3 Erhielt der Verletzte früher eine Unfallentschädigung?

11.4 Ist ein Lebens- oder Unfallversicherungs-Antrag früher abgelehnt worden? Von welcher Gesellschaft und wann?

12.1 Welcher Arzt ist von dem Verletzten im letzten Jahr vor dem Unfallereignis zu Rate gezogen worden? (Bitte genaue Anschrift angeben!)

12.2 Aus welcher Veranlassung und wann?

Die Urzeichner erklären hierdurch, daß sie die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgetreu gemacht haben. Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder von Angehörigen eines Heilberufes erhalte. Zu diesem Zweck betriebe 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 Führung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflichtbindung 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten oder seiner Angehörigen

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Konto für Entschädigungen:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____