

Schadenanzeige – Unfall-Versicherung



FIA Fellner
Industrie Assekuranz-Makler e.K.

Wegen der Vertraulichkeit der Daten empfehlen wir, die Schadenanzeige auszudrucken und per Post an uns zu senden.

FIA Fellner Industrie Assekuranz-Makler e.K. Rößlerhofweg 1 (Gewerbepark Sperrwies) D-94036 Passau	Versicherungsschein-Nr.:
	Schadennummer:
	Name/Stempel des Versicherungsnehmers:

Versicherte Person:
Beruf/Beschäftigung:
Straße/Nr.
PLZ/Ort:

Geburtsdag:
Tel.-Nr. Betrieb:
Tel.-Nr. Privat:
Unfalltag und Uhrzeit:

Wann und wie wurde der Unfall dem Versicherer/Willis erstmals gemeldet? mündlich schriftlich am:
Wo ist der Unfall entstanden?

Wie ist der Unfall entstanden (genaue Schilderung)? Wenn der hier vorhandene Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt beifügen.

Welche Zeugen haben den Unfall gesehen? Sind behördliche/polizeiliche Feststellungen getroffen worden? Von welcher Dienststelle? Tagebuch-Nr.? Ggf. welche Staatsanwaltschaft? Aktenzeichen? Läuft ein Strafverfahren? (Aktenzeichen und Sitz der zuständigen Staatsanwaltschaft)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde eine Blutalkoholprobe entnommen? Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? Ggf. bis wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: Promille <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Menge:
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht/Schwindel) zurückzuführen? War die versicherte Person als Lenker eines Fahrzeugs im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Führerscheinklasse benutztes Verkehrsmittel:
Gesundheitsschädigung und Unfallfolgen: Verletzte Körperteile? Art der Verletzungen? Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit? War eine stationäre Behandlung notwendig? Ist mit einer dauernden Beeinträchtigung zu rechnen? Wie ist die Heilungstendenz? (Verbesserung/Verschlimmerung)	<input type="checkbox"/> gänzlich <input type="checkbox"/> teilweise von/bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von/bis

Wichtiger Hinweis für den Invaliditätsfall:

Sollte es unfallbedingt zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) kommen, müssen Sie selbst innerhalb der vertraglich geregelten Fristen dafür sorgen, dass dies von einem Arzt bescheinigt und die Invalidität von Ihnen - wenn möglich mit Vorlage der ärztlichen Bescheinigung - bei Willis/dem Versicherer geltend gemacht wird. Werden die Fristen insbesondere zur ärztlichen Feststellung versäumt, so besteht schon deshalb kein Anspruch auf Leistung, auch wenn Sie an der Fristversäumnis kein Verschulden trifft.

Behandelnde Ärzte
Bei welchem Arzt, ggf. in welchem Krankenhaus war

Schadenanzeige – Unfall-Versicherung



FIA Fellner
Industrie Assekuranz-Makler e.K.

Wegen der Vertraulichkeit der Daten empfehlen wir, die Schadenanzeige auszudrucken und per Post an uns zu senden.

die verletzte Person wegen des Unfalls erstmals in Behandlung? Ab wann?	
Von welchen Ärzten, ggf. in welchem Krankenhaus wurde die verletzte Person wegen des Unfalls außerdem behandelt? (Name und Anschriften) Ab wann? Wie lange wird die ambulante Behandlung noch dauern?	voraussichtlich noch bis
Leidet oder litt die versicherte Person an einer ernsten Erkrankung oder an einem Gebrechen? Welche Ärzte behandelten diese Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an
Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente? Gegebenenfalls von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Erwerbsminderungsgrad in %
Unter welchem Aktenzeichen?	
Hat die versicherte Person schon früher Unfälle erlitten, die zu einer bleibenden Schädigung geführt haben? Art der Verletzungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
Hat sie dafür Invaliditätsleistungen erhalten? Gegebenenfalls von wem?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
Unter welchem Aktenzeichen?	
Bestehen für die versicherte Person weitere eigene Unfallversicherungen? Bei welchen Gesellschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
Unter welchen Versicherungsscheinnummern?	
Bestehen für die versicherte Person außerdem fremde Unfallversicherungen, z. B. über den Arbeitgeber? Bei welchen Gesellschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft) gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?	
Die Entschädigung soll überwiesen werden auf	Geldinstitut: Bankleitzahl: Konto-Nr.: Kontoinhaber:

Schlusserklärungen:

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an. Striche, sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

Alle Fragen sind wahrheitsgemäß nach bestem Wissen zu beantworten. Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. 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. Ebenso befreie ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtbefreiung 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 _____

Stempel/Unterschrift Versicherungsnehmer _____

Schadenanzeige – Unfall-Versicherung



FIA Fellner
Industrie Assekuranz-Makler e.K.

Wegen der Vertraulichkeit der Daten empfehlen wir, die Schadenanzeige auszudrucken und per Post an uns zu senden.

Bei Minderjährigen: Unterschrift(en) des/der gesetzlichen Vertreter(s)

Unterschrift versicherte Person