



# Grundeigentümer

Versicherungen und Finanzen

## GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Postfach 10 23 28

20016 Hamburg

Kontoinhaber

**Bankverbindung**

## Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Absendung an VN

Versicherungsscheinnummer

Schadennummer

Vor- und Zuname

Anschrift

Geburtsdatum

Familienstand  ledig  verheiratet

Telefon privat

geschäftlich

Kontonummer

Bankleitzahl

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind.

Beschäftigung

Es handelt sich um eine

reine Bürotätigkeit  andere Tätigkeit:

Haben Sie praktisch/handwerklich mitzuarbeiten?  Nein  Ja, und zwar

Wann hat sich der Unfall ereignet? Am um Uhr

Welcher Art war die Verletzung?

Welches ist die bekannte oder mutmaßliche Ursache des Unfalles, und welches ist der nähere Hergang bei Entstehung desselben? (Diese Frage ist ausführlich zu beantworten. Dabei ist anzugeben, an welchem Ort, in welchem Lokal, an welchen Maschinen oder Apparaten, bei welcher Tätigkeit oder bei sonstigen Angelegenheiten sich der Unfall ereignet hat.)

Welche Personen waren Zeugen des Unfallereignisses (Name, Anschrift; Beziehung zum Verunfallten)?

Ist der Unfall durch das Verschulden eines anderen herbeigeführt worden (Name, Anschrift; Beziehung zum Verunfallten)?

Welche Polizeidienststelle hat evtl. den Unfall aufgenommen (ggf. Aktenzeichen)?

Standen Sie unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß?  Nein  Ja, und zwar

Befinden Sie sich zzt.  in Ihrer Wohnung oder  in einem Krankenhaus?

Wann und durch wen wurde die erste ärztliche Hilfe geleistet?

Tag, Monat, Jahr

durch Dr.

Wer ist der behandelnde Arzt (Name und Adresse)?

Wie lange wird voraussichtlich die ärztliche Behandlung erforderlich sein?

Sind Sie in Ihrem Beruf durch den Unfall ganz oder teilweise behindert?  Nein  Ja

Waren Sie vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig?  Nein  Ja

Haben Sie früher schon Verletzungen ähnlicher Art erlitten?  Nein  Ja, und zwar

Bei welchen anderen Gesellschaften sind Sie noch gegen Unfall versichert?

Gesellschaft	Versicherungsscheinnummer	Währung
Summe für Todesfall		
Summe für Invaliditätsfall		
Summe für tägliche Entschädigung		

Sind Sie gegen Krankheit versichert?

Gesellschaft	Versicherungsscheinnummer
Gesellschaft	Versicherungsscheinnummer

Ist der Unfall bei der Krankenkasse gemeldet, ggf. an welchem Tag?  Nein  Ja, und zwar am

Haben Sie schon früher von einer Versicherungsgesellschaft, Berufsgenossenschaft oder Unterstützungskasse Entschädigungen erhalten?

Nein  Ja, von

Wenn ja, wann und in welcher Höhe?	Am	Betrag	Währung

Bei welchen Gesellschaften und in welcher Höhe haben Sie Ihr Leben versichert?

Gesellschaft	Betrag	Währung
Gesellschaft	Betrag	
Gesellschaft	Betrag	

Die Entschädigung soll auf das auf Seite 1 genannte Konto überwiesen werden.

Ort/Datum Unterschrift