

Schadenanzeige Unfall

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

VICTORIA Versicherung AG
 Victoriaplatz 1
 40198 Düsseldorf
 Telefon 0211/477-2539
 und 0211/477-2630
**24 Stunden, 7 Tage
 die Woche erreichbar**
 Telefax 0211/477-3480

BETRIFFT

Versicherungsschein-Nr.	BD	Agt
-------------------------	----	-----

(Stempel des VICTORIA-Vermittlers)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, wir sind bestrebt, den Schadenfall schnell zu bearbeiten. Mit ausführlicher Information über den Unfall können Sie uns daher unterstützen. Bitte verwenden Sie dazu diese Unfall-Schadenanzeige. Füllen Sie das Formular sorgfältig und vollständig aus. Sie vermeiden damit etwaige Rückfragen, die die Bearbeitung verzögern könnten.

Senden Sie uns bitte die ausgefüllte Schadenanzeige umgehend zurück. Ihr zuständiger Sachbearbeiter wird sich um eine zügige Abwicklung bemühen.

Mit freundlichen Grüßen
 Abteilung Unfallschaden



Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Lothar Meyer
 Vorstand: Horst Döring, Vorsitzender,
 Ingmar Douglas, Jürgen Engel, Claus-Peter Gutt,
 Herbert Löffler, Michael Rosenberg, Jakob Vicario,
 Christian Diedrich (st.V.), Frank Sievers (st.V.)

Sitz Düsseldorf
 Handelsregister:
 Amtsgericht Düsseldorf
 HRB 36466

Angaben zur verletzten Person	Name und Vorname		Geburtsdatum	Beruf bzw. ausgeübte Tätigkeit
	Straße und Haus-Nr., Postleitzahl und Wohnort			
	Telefon mit Vorwahl privat ()		Telefon mit Vorwahl geschäftlich ()	
Angaben zum Konto	Eventuell fällig werdende Versicherungsleistungen überweisen wir auf das Konto, von dem auch die Beiträge abgebucht werden (Lastschrift-Konto). Nur wenn kein Lastschriftkonto besteht: Bitte ein anderes Konto angeben.			
	Konto-Nr.	Name und Ort des Geldinstitutes	Kontoinhaber	Bankleitzahl
Angaben zum Unfall	Wann ereignete sich der Unfall? Datum		Wo und bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	
	Uhrzeit (0 - 24 Uhr)			
	Es handelt sich um einen <input type="checkbox"/> Berufsunfall <input type="checkbox"/> Sonstigen (privaten) Unfall		Verletzte Körperteile und Art der Verletzung	
	Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?		Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen?	
	Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ist der verletzten Person zur Feststellung des Blutalkoholgehalts eine Blutprobe entnommen worden?		<input type="checkbox"/> ja, Promillesatz ____ ‰	<input type="checkbox"/> nein
	Nur ausfüllen bei Verkehrsunfällen Welches Fahrzeug hat die verletzte Person benutzt? <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Keines (Fußgänger)		Amtliches Kennzeichen	Hatte die verletzte Person einen Sicherheitsgurt angelegt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Die verletzte Person war <input type="checkbox"/> Fahrzeuginsasse/Sozius <input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker		Führerschein-Klasse und Nr.	Anzahl der Insassen einschließlich des Fahrers

Angaben zum Unfallhergang	Genauere Schilderung des Unfallherganges (Wenn Platz nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden.)		
Angaben über ärztliche Behandlung	Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Datum	Uhrzeit	Name und Anschrift des Arztes
	Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aufnahmetag	Entlassungstag Name und Anschrift des Krankenhauses/Abteilung
	Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes		
	Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	seit	Ist die verletzte Person wieder arbeitsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit voraussichtlich ab
Angaben zu anderen Versicherungen	War oder ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften gegen Unfall versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name und Anschrift der Gesellschaft Versicherungsschein-Nr.	
	Hat die verletzte Person schon früher Ansprüche aus einer privaten Unfallversicherung geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wegen	ggf. Leistung in DM Name und Anschrift der Gesellschaft
	Welcher Berufsgenossenschaft wurde oder wird der Unfall ggf. gemeldet? (Name und Anschrift)		Aktenzeichen
	Besteht bei anderen Gesellschaften eine Lebensversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name und Anschrift der Gesellschaft Versicherungsschein-Nr.	
	Welchen Krankenversicherungen gehört die verletzte Person an? (Name und Anschrift)		
Erklärungen und Unterschrift	<p>Wichtig: Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Ich weiß, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen, auch wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.</p> <p>Dazu der Hinweis: Wenn Sie die Unfallanzeige nicht selbst ausgefüllt haben, prüfen Sie bitte, bevor Sie unterschreiben, ob alle Angaben richtig sind.</p> <p>Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier 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 und 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 Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.</p> <p>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.</p> <p>_____ (Datum) _____ (Unterschrift der verletzten Person)* _____ (Unterschrift des Versicherungsnehmers)</p> <p><small>* Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.</small></p>		