

# SCHADENANZEIGE

## zur Unfall-Versicherung

ECCLESIA

UNION

VMD

ECCLESIA Gruppe

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: 0809 07 0001

Versicherungsnehmer:

Anschrift:

Telefon/Telefax:

Land Nordrhein-Westfalen vertreten durch das

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie

Fürstenwall 25

40219 Düsseldorf

Risiko (z. B. Heim, Betriebsteil usw.):

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Es handelt sich um eine Erstmeldung

Der Schaden wurde bereits  telefonisch  schriftlich  per Telefax  per E-mail  
am \_\_\_\_\_ gemeldet.

Kunden-Nr.:

VB-Nr.:

Vers-Schein-Nr.:

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

### Verletzte Person

Name, Vorname der verletzten Person

Geburtsstag der verletzten Person

Berufliche Tätigkeit (bitte genau angeben)

Telefon

Straße, Nr., Postleitzahl, Wohnort

Bei Minderjährigen: Zuname, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters

### Versicherungssumme in €

Tagegeld ab _____ Tag	Invaliditäts- Kapital	Invaliditäts- Rente	Tod	Heilkosten	Krankenhaus- Tagegeld	Genesungsgeld

### Angaben zum Unfall

1. Unfallort:

2. Unfall während:

- Kindergarten/Tagesstätte  Schulbesuch  Heimaufenthalt  Freizeit  
 hauptberuflicher Tätigkeit  nebenberuflicher Tätigkeit  ehrenamtlicher Tätigkeit  Honorartätigkeit  
 Beamter  Zivildienstleistender  Sonstige Personen = \_\_\_\_\_ )  
 Teilnahme an einer Veranstaltung (Veranstaltung = \_\_\_\_\_ )

3. a) Wurde die gesetzliche Unfall-Versicherung eingeschaltet?

a)  ja  nein

b) Welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbehörde für Unfall-Versicherung wurde der Unfall gemeldet?

BG: \_\_\_\_\_  
in: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

4. Bitte beschreiben Sie den Beruf/die Tätigkeit (s. Pos. 2):

5. Für welche Firma/Institution erfolgte die Tätigkeit (s. Pos. 2)?:

6. Unfall auf dem direkten Zu- oder Abweg zu der Tätigkeit bzw. der Veranstaltung?

ja  nein

7. Verletzte Körperteile/Art der Verletzungen?

8. Mögliche Dauerschäden?

9. Ist der Verletzte verstorben?

nein  ja (Bitte informieren Sie uns sofort!)

10. Unfallhergang (welches von **außen** auf die Person einwirkende Ereignis hat zu dem Unfall geführt?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. a) Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen?  
 b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise?  
 c) Welche Polizeidienststelle hat ein Protokoll aufgenommen?  
 d) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?  
 e) Wurde eine Blutprobe entnommen?

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d)  nein  ja = \_\_\_\_\_

e)  nein  ja; Ergebnis: \_\_\_\_\_‰

12. a) Bereits erlittene vorherige Unfälle?  
 b) Vorerkrankungen/Beeinträchtigungen vor dem Unfall?

a)  nein  ja \_\_\_\_\_

b)  nein  ja \_\_\_\_\_

13. a) Wo befindet sich die verletzte Person?  
 b) Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Bei welchem Arzt?  
 c) Worauf ist das (etwaige) Versäumnis sofortiger ärztlicher Hilfe zurückzuführen?  
 d) Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt?  
**Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen.**  
 e) Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes  
 f) Welche Anordnung hat er getroffen?  
 g) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?

a) \_\_\_\_\_

b) am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr bei \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d)  nein  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_

g)  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben?  
 b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?  
 c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?

a) \_\_\_\_\_

b)  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Unfallschädigung erhalten?  
 b) Bestanden oder bestehen noch weitere

a)  nein  ja, am \_\_\_\_\_ €  
 von: \_\_\_\_\_

b)	Vers.-Nr.	Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

- Unfallversicherungen?
- Lebensversicherungen?
- Krankenversicherungen? (gesetzlich oder privat)

16. Wohin sollen fällige Versicherungsleistungen überwiesen werden?  
 Bankverbindung:  
 (Bitte immer angeben)

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinden wir hiermit gegenüber dem Versicherer, dem Versicherungsmakler und dem Versicherungsnehmer bzw. der dazugehörigen Einrichtungen/Institutionen sowie allen mit der Beurteilung beauftragten Personen von ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtigen wir andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, unserem Versicherer Auskünfte zu erteilen.

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.  
**Hinweis:** Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadensfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.  
 Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Dateneempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person (ggf. Erziehungsberechtigte)

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers