

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an:

VD	Agentur
_____	_____
VS-Nr.	Schaden-Nr.
_____	_____

**Schadenanzeige zur  Allgemeinen Unfallversicherung  Kraftfahrt-Unfallversicherung**

Eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungsfreiheit führen.

**1. Versicherungsnehmer(in)**

Vor- und Zuname, Firma  
 \_\_\_\_\_

Anschrift  
 \_\_\_\_\_

E-Mail  
 \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

**2. Verletzte(r)**

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift  
 \_\_\_\_\_

E-Mail  
 \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Beruf zum Zeitpunkt des Unfalls \_\_\_\_\_ Beruf seit wann (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

**3. Unfallereignis**

3.1 Wann und Wo? Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ Ortsangabe mit Postleitzahl \_\_\_\_\_

3.2 Art des Unfalls

<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	<input type="checkbox"/> Berufsunfall	<input type="checkbox"/> Wegeunfall von/zur Arbeitsstätte
<input type="checkbox"/> Sportunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Wegeunfall von/zur Schule
<input type="checkbox"/> Unfall im Straßenverkehr		<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall

\_\_\_\_\_

3.3 Wodurch wurde der Unfall verursacht?  
 Wie war der Unfallhergang?

Bitte diese Frage ausführlich beantworten, so dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



3.4 Welche Person(en) war(en) Augenzeuge(n) des Unfallhergangs? Name(n)/Anschrift(en)  
 \_\_\_\_\_

---

3.5 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?  nein  ja Welche Dienststelle – Anschrift  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Aktenzeichen  
 \_\_\_\_\_

3.6 Wurde der Vorgang an die Staatsanwaltschaft gegeben?  nein  ja Anschrift Aktenzeichen  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.7 Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Medikamente/Rauschmittel zu sich genommen?  
 Alkohol wann, was, wieviel? (auch geringe Mengen angeben)  
 nein  ja \_\_\_\_\_  
 Medikamente/ Rauschmittel wann, was, wieviel? (auch geringe Mengen angeben)  
 nein  ja \_\_\_\_\_

3.8 Wurde eine Blutprobe entnommen?  nein  ja Ergebnis in ‰  
 \_\_\_\_\_

#### 4. Unfallfolgen (Diagnose)

4.1 Verletzte(r) Körperteil(e)/ Art der Verletzung(en)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.2 Bei welchem Arzt erfolgte nach dem Unfall zuerst die Behandlung? Name und Anschrift An welchem Tag?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.3 Welche Ärzte wurden wegen des Unfalles außerdem noch in Anspruch genommen? Name und Anschrift Ab welchem Tag?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.4 Erfolgte stationäre Krankenhausbehandlung?  nein  ja Von wann bis wann (einschließlich)  
 \_\_\_\_\_

4.5 Bei Berufstätigen: Arbeitsunfähigkeit ab Unfalltag  voraussichtlich bis 6 Wochen  voraussichtlich länger als 6 Wochen  
 Bei Schüler/innen: Schulausfall  voraussichtlich bis 19 Tage  voraussichtlich länger als 19 Tage

4.6 Ist zu befürchten, dass der Unfall auf Dauer verbleibende Beeinträchtigungen hinterlässt?  nein  ja  noch nicht abzusehen

#### 5. Vorschädigungen/ Vorerkrankungen

5.1 Stand die verletzte Person in den letzten 5 Jahren wegen früherer Unfälle bzw. Verletzungen oder Krankheiten in ärztlicher Behandlung?  nein  ja Wann und wegen welcher Diagnose?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Bei welchen Ärzten (Name/Anschrift)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5.2 Hatte die verletzte Person bereits Beschwerden an dem/den jetzt verletzten Körperteil(en) oder Sinnesorgan(en)?  nein  ja Wann und welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.3 Hausarzt der verletzten Person? Name und Anschrift  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Weitere Versicherungen**

6.1 Bestehen oder bestanden für die verletzte Person noch weitere Unfall-, Insassen-, Unfall-Tagegeld bzw. Krankenhaustagegeld-Versicherungen?  nein  ja Name(n), Anschrift(en), Vers.-Nr.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.2 Bei welcher gesetzl. Unfallversicherung ist die verletzte Person versichert? Name(n), Anschrift(en) und Vers.-Nr. (z. B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung)  
\_\_\_\_\_

6.3 Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehört die verletzte Person an? Name(n), Anschrift(en) und Vers.-Nr. der Krankenkasse/Krankenversicherung  
\_\_\_\_\_

6.4 Hat die verletzte Person bereits Versicherungsleistungen aufgrund von Unfällen erhalten oder wird aufgrund von Unfällen oder Krankheiten eine Rente bezogen?  nein  ja Von wem? / Wann?  
\_\_\_\_\_  
Wegen welcher Gesundheitsbeeinträchtigung?  
\_\_\_\_\_

**Die Fragen unter Punkt 7 nur bei Kraftfahrzeugunfällen beantworten**

**7. Kraftfahrzeugunfälle**

7.1 Welches Kfz wurde bei der Fahrt benutzt?  Pkw  Krafträder (Mofa/Moped/Motorrad)  LKW  \_\_\_\_\_ Zahl der Sitzplätze  
Polizeiliches Kennzeichen Fabrik-Marke Fahrgestell-Nr.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.2 Wer ist Halter(in) des Kfz? Name und Anschrift  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.3 Wieviel Insassen saßen im Kfz? Anzahl einschl. Fahrer Welche Insassen hatten den Sicherheitsgurt angelegt?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.4 Wer war Fahrer(in) des Kfz? Name und Anschrift  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.5 Welchen Führerschein besitzt der/die Fahrer(in)? Klasse Ausstellungsdatum Ausstellungsort  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bei Kraftradunfällen:**

**Bitte Kopie der Fahrerlaubnis der Fahrer(in) und Kopie des Fahrzeugscheines beifügen**

**8. Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen**

*Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen.*

**Wichtiger Hinweis!**

*Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.*

