



GERLING-KONZERN

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-AKTIENGESELLSCHAFT

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Wir bitten in Ihrem eigenen Interesse um vollständige und tatsächliche, gerechte Angaben. Beachten Sie bitte, daß unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Das gilt auch dann, wenn der Versicherer keinen Nachteil erleidet.

zuständige Vertriebsgesellschaft Schaden-Nummer

Bitte jeweils
nennen
den Letzttexten
ausfüllen

Versicherungsnehmer (Vollständiger Name, Postleitzahl, Anschrift)

Telefon (m. Vorwahl)

Verletzter (Vollständiger Name, Postleitzahl, Anschrift)

Beruf des Verletzten

Geburtsdatum

Versicherungsschein-Nummer

Versicherten-Nummer

Unfallbericht

Unfalltag

Uhrzeit

Unfallort

Art des Unfalls (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Arbeitsunfall

Wegeunfall (Weg von zu Hause zur Arbeitsstätte und zurück)

Dienstreiseunfall

Freizeitunfall

Wie ereignete sich der Unfall? (Bitte ausführlich und zusammenhängend schildern)

(evtl. Rückseite benutzen)

Hatte der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol genossen?

nein

ja

Wurde eine Blutprobe entnommen? Ergebnis?

nein

ja

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Aktenzeichen?

Name und Anschrift der Zeugen

Bei Verkehrsunfällen

Name sämtlicher Fahrzeuginsassen zum Unfallzeitpunkt

Polizeiliches Kennzeichen des Kfz.

Wer lenkte das Fahrzeug?

Führerscheinklasse? ausgehändigt am

ausgestellt am

War der Lenker Berufsfahrer?

ja

nein

Zweck der Fahrt? (z. B. privat o. ä.)

Wurde die Fahrt mit Wissen und Willen des Versicherungsnehmers ausgeführt?

ja

nein

Angaben zur Verletzung

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte (Krankenhäuser/Unfallkliniken)

Erster Behandlungstag/Uhrzeit

Durch welchen Arzt, was hat er angeordnet?

Unterbringungsdauer im Krankenhaus

Welche Verletzungen sind eingetreten?

Ist der Verletzte zu Hause oder wo sonst?

Wann wird er voraussichtlich wieder arbeitsfähig sein?

Ward der Verletzte vor dem Unfall vollständig gesund?

ja nein

Unter welcher Erkrankung (Verletzung/Gebrechen) leidet er neben dem Unfall?

Seit wann?

Sonstige Angaben

Bei welcher Gesellschaft besteht eine weitere Unfallversicherung?

Versicherungsschein-Nummer

Wo war der Verletzte früher unfallversichert?

Erhielt er früher eine Unfallentschädigung, ggf. wann?

ja

nein

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?

Aktenzeichen

Welcher Krankenkasse gehörte der Verletzte an?

Die Entschädigung soll auf Konto gezahlt werden:

Name und Wohnort des Kontoinhabers

Konto-Nr.

Geldinstitut und Bankleitzahl

Schweigepflicht-Entbindungserklärung. Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich für die Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir verantwortlichen 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 entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung 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.

Ort/Datum Unterschrift des Verletzten oder im Todesfall seiner Erben (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)

Unterschrift des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)