



**VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT**

**UNFALL  
SCHADENANZEIGE**

Polizzenummer

**VERSICHERUNGSNEHMER**

Vor- und Zuname / Firmenname

Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON**

Vor- und Zuname / Firmenname

Geburtsdatum

Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

**ANGABEN ZUM EREIGNIS**

Ereignisort

Datum

Uhrzeit

Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufs / Art der Verletzung

**FÜHRERSCHEINDATEN (falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)**

Ausstellende Behörde

Ausstellungsdatum

Nummer

Gruppen

**ERGÄNZENDE ANGABEN**

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?

ja

nein

Bei welchen Gesellschaften?

Polizzenummer

## VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

### DIAGNOSE

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

Arbeitsunfähigkeit von

bis



**Die nachfolgenden Fragen beantworten Sie bitte nur dann, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 10 Tagen zu erwarten ist!**

### GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

**War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?**

(z.B.: Brücke, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.)

ja

nein

**Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?**

ja

nein

### UNFALLFOLGEN

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

ja

nein

möglicherweise

Welche?

### BEHANDLUNGSDAUER

Wurde der Verletzte stationär behandelt?

ja

nein

von

bis

Wurde der Verletzte ambulant behandelt?

ja

nein

von

bis

Wie lange befindet sich der Verletzte voraussichtlich noch in häuslicher/ambulanter Behandlung?

**In welchem Krankenhaus?**

### ERSTE ÄRZTLICHE HILFE

Wann ist die erste Hilfe in Anspruch genommen worden?

Wer hat sie geleistet?

Unterschrift (Stempel) des behandelnden Arztes

Ort / Datum

Ich ermächtige

- 1) die Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, meinem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben,
- 2) meinen Unfall-Versicherer, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

**Die Abwicklung des Schadens, insbesondere der gesamte Schriftverkehr inklusive Entschädigungsquittung soll über HDW-Versicherungsmakler GmbH erfolgen.**

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers