



Sehr geehrter Kunde,
wir bitten Sie, diese Schadenanzeige vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und sie unverzüglich unterschrieben zurückzusenden. Geben Sie bitte unbedingt die Nummer Ihres Versicherungsscheines an, damit wir die Bearbeitung unverzüglich aufnehmen können.

Agt - Nr: _____ Schaden-Nr: _____
Senden Sie dieses Formular bitte unterschrieben zurück an:
=====

Assekuranzkontor Wesemann & Co Oberntorwall 4 33602 Bielefeld	Ihr Ansprechpartner: Tel.: 0521 / 52197 - 7 Fax : 0521 / 52197- 21
--	--

SCHADENANZEIGE
Unfallversicherung

Gesellschaft

Versicherungsscheinnummer

Datum

1.) Verletzte Person o der Versicherungsnehmer (VN) o eine mitversicherte Person, nämlich

Vor- u. Zuname _____

Anschrift: _____

2.) Wann und wo ereignete sich der Vorfall ?

Tag _____ Uhrzeit _____

genaue Ortsangabe: _____

3.) Unfallhergang:

4.) Worin bestehen die Verletzungen ?

5.) Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen ?

ja nein Anschrift der Polizeidienststelle / Aktenzeichen

6.) Wurde eine Alkohol-Blutprobe entnommen?

ja nein



Bei Kraftfahrzeugunfällen:

7.) Was für ein Fahrzeug wurde Art _____ Amtl. Kennzeichen _____
benutzt ?

8.) Wer lenkt das Fahrzeug ? Vor- und Zunahme: _____

Anschrift _____

Führerscheinkl. _____ Ausstellungsdatum _____

Bei zusätzlichen Ansprüchen aus einer Insassenunfallversicherung beantworten:

9.) Ist der Fahrzeuglenker beim o ja o nein Wieviele Personen nahmen Anzahl _____
Versicherungsnehmer als an der Fahrt teil ?
Kraftfahrer oder Beifahrer
angestellt ?

10.) Wieviele waren davon unter Anzahl _____ Hatte die verletzte Person
14 Jahren ? den Sicherheitsgurt angelegt? o ja o nein

Ärztliche Behandlung:

11.) Wann wurde zuerst Datum/Uhrzeit _____ Name/Anschrift des Arztes _____
ärztliche Hilfe in
Anspruch genommen ? _____

12.) War eine stationäre o ja o nein von _____ bis _____
Behandlung erforderlich ?

Name und Anschrift des
Krankenhauses _____

Welche weiteren Ärzte
wurden noch konsultiert ? _____

Findet z. Zt. noch eine Behandlung statt ? o ja o nein voraus. Dauer _____

Wer ist jetzt der behandelnde Arzt ? _____

Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung ? o ja o nein

Vorerkrankungen und frühere Unfälle

13.) War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund ? o ja o nein

Art der Krankheiten / Leiden _____

Hat die verletzte Person schon Wann?, Höhe der Entschädigung, vom wem? _____
früher für Unfälle Entschä-
digungen erhalten ? _____

14.) Bestehen noch weitere private
Unfallversicherungen ? Gesellschaft , Versicherungs-Nr., Summen _____

15.) Welcher Berufsgenossenschaft _____
gehört die verletzte Person an ? (Bei Wege und Arbeitsunfällen)

16.) Zahlungswunsch Empfänger, Bank, Kto-Nr. , BLZ _____

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 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 Schweigepflichtentbindung 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. Diese Erklärung gebe ich auch ab für den Fall, dass die verletzte Person von mir gesetzlich vertreten wird und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann. **Wichtiger Hinweis:** Denken Sie bitte daran, dass bewusst unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dadurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

Ort - Datum _____ Unterschrift VN _____ Unterschrift d. verl. Pers. _____