

Schadensanzeige Unfall

Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
86415 Mering

Tel.: 08233-744840
Fax: 08233-30556

http:// www.jahndundpartner.com
E-Mail: info@jahndundpartner.com



1a) Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Versicherungsnummer

Schadensnummer

b) Telefonnummer des Versicherungsnehmers

Telefonnummer des Versicherten (Verletzten)

2a) Vor- und Zuname des Versicherten (Verletzten)

b) Straße und Hausnummer

c) PLZ und Wohnort

d) Geburtsdatum

e) Beruf / Beschäftigung

f) Zu welchem Unternehmen bestand am Unfalltag
ein Arbeitsverhältnis?

3a) Tag, Uhrzeit und Ort des Unfalls

b) Berufsunfall oder Unfall im privaten Bereich?

c) Detaillierte Schilderung des Unfallhergangs
(ggfs. auf gesondertem Beiblatt)

d) Alkoholgenuss in den letzten 24h vor dem Unfall?
(Art und Menge der Getränke)

e) Blutprobe? (ggfs. ‰)

___ nein ___ ja _____ ‰

Schadensanzeige Unfall

Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
86415 Mering

Tel.: 08233-744840
Fax: 08233-30556

[http:// www.jahundpartner.com](http://www.jahundpartner.com)
E-Mail: info@jahundpartner.com



4a) Wurde der Unfall einer gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaft) gemeldet? (ggfs. welcher?)

b) Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? (Dienststelle, Tagebuch-Nr.)

c) Läuft ein Strafverfahren? Aktenzeichen und Sitz der zuständigen Staatsanwaltschaft

5a) Zeugen des Unfalls (Name und Anschrift)

b) Wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen? (wenn kein Zeuge zugegen war)

c) Hat eine andere Person den Unfall verschuldet? (Wer? Kfz-Kennzeichen? Name und Anschrift?)

6a) Welche Verletzungen oder sonstigen Gesundheitsschädigungen sind eingetreten?

b) Hat der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder zu Arbeitsunfähigkeit geführt? (ggfs. für welche Zeitdauer?)

c) Ist mit einer dauernden Beeinträchtigung zu rechnen? Wie ist die Heilungstendenz? (Verbesserung, Verschlimmerung)

7a) War der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig, oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden? (welche?)

b) Erhält oder erhielt der Verletzte eine Rente wegen einer vor dem Unfall entstandenen Behinderung oder Krankheit? (ggfs. von welcher Stelle? Renten-Nr.?)

Schadensanzeige Unfall

Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
86415 Mering

Tel.: 08233-744840
Fax: 08233-30556

[http:// www.jahnpundpartner.com](http://www.jahnpundpartner.com)
E-Mail: info@jahnpundpartner.com



8a) Welcher Arzt hat wann Erste Hilfe geleistet? (Name und Anschrift)

b) Name und Anschrift aller behandelnden Ärzte

c) Stationäre Behandlung? (ggfs. Dauer, Name und Anschrift des Krankenhauses. Falls ja, bitte Bescheinigung mit Diagnose einreichen)

d) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen bzw. voraussichtliche Dauer?

9a) Bestehen Unfallversicherungen auch bei anderen Gesellschaften? (ggfs. Name, Anschriften, Versicherungs-Nr. und Versicherungssummen angeben)

b) Besteht eine private Krankenversicherung? (ggfs. Name und Anschrift der Gesellschaft oder Kasse angeben)

c) Hat der Versicherte schon früher eine Entschädigung wegen eines Unfalls erhalten? (ggfs. wann, wie viel, von welcher Gesellschaft?)

d) Ist schon einmal eine vom Versicherten beantragte Lebens- oder Unfallversicherung abgelehnt oder zurückgestellt oder eine solche Versicherung vom Versicherten gekündigt worden?

ja nein

e) Wann wurde zu diesem Vertrag die letzte Prämie entrichtet?

Schadensanzeige Unfall

Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
86415 Mering

Tel.: 08233-744840
Fax: 08233-30556

http:// www.jahundpartner.com
E-Mail: info@jahundpartner.com



Eine Entschädigung ist zu zahlen an (Kontoinhaber): _____

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl (BLZ): _____ Kontonummer: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir / uns ist bekannt, dass die Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH – soweit hier ein Anlass dazu besteht – Angaben über meinen / unseren Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle und frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir / uns beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie(n) ich / wir Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten oder Gesundheitsämtern, die mich / uns in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen / unseren Tod hinaus – und ermächtige(n) sie, der Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder noch stehe. Die Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder, sowie die von mir gesetzlich mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Versicherten (Verletzten)