



Schadenanzeige Unfall

THW-Landesvereinigung
Schleswig-Holstein e.V.

Versicherungsscheinnr.: 52 102 300 - 68

Vers. gesellschaft: **ARAG**

Schadenort: _____

Ortsverein: _____

Schadentag: _____

Ansprechpartner: _____

Tel./ Fax: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage wahrheitsgemäß und so genau wie möglich. Beachten Sie: Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben haben auch dann den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge, wenn sie für die Schadensfeststellung folgenlos geblieben sind und wenn uns dadurch kein Nachteil entsteht.

Angaben zum Schadenfall

Schadenschilderung: (Bitte möglichst ausführlich und ggf. Skizze/ Fotos beifügen)

Name des Verletzten: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Benutzte der Verletzte ein Kraftfahrzeug? ja / nein Pkw KRAD _____

Amtliches Kennzeichen: _____ Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein

War er Fahrer? ja / nein Führerscheindaten: _____

Befand sich das Fahrzeug in verkehrssicherem Zustand? ja / nein

Welche Mängel hatte es? _____

War er Fahrgast? ja / nein Zahl der Insassen einschließlich Fahrer: _____

Polizeiliche Aufnahme? ja / nein

Dienststelle/ Aktenzeichen - ggf. auch Staatsanwaltschaft:

Hatte der Verletzte Alkohol zu sich genommen? ja / nein Blutprobe ja / nein ____ Promille

Art und Menge des Alkohols _____

In welchem Zeitraum vor dem Unfall wurden diese Getränke aufgenommen? _____

Hauptberufliche Tätigkeit des Verletzten in der Zeit vor dem Unfall _____

Nebenberufliche Tätigkeit des Verletzten in der Zeit vor dem Unfall _____

Gehörte der Verletzte einer militärischen Einheit an? _____

Welcher Art sind die Unfallverletzungen? _____

Welche Folgen hatte der Unfall? _____



Beginn der ärztlichen Behandlung _____

Name und Anschrift des Ersthelfers _____

Jetzt behandelnder Arzt _____

Voraussichtliche Behandlungsdauer _____

Besteht Arbeitsunfähigkeit? ja / nein

Krankenhausaufenthalt ja / nein von _____ bis _____

Anschrift des Krankenhauses _____

Arbeitsunfall ja / nein

Anschrift des Arbeitgebers _____

Zuständige Berufsgenossenschaft _____

Bei tödlichem Ausgang: Wann und wo ist der Tod eingetreten? _____

Welcher Arzt stellte den Tod fest? _____

War der Verletzte vor dem Unfall gesund? ja / nein

An welchen Krankheiten oder Gebrechen litt der Verletzte vor dem Unfall? _____

Bei welchem Arzt war der Verletzte im letzten Jahr in Behandlung? _____

Bezog der Verletzte vor dem Unfall Rente? ja / nein _____

Ist der Verletzte kriegsversehrt? ja / nein _____

Ist oder war der Verletzte auch noch bei anderen Gesellschaften unfallversichert? ja / nein _____

Ist der Verletzte krankenversichert? ja / nein _____

Wohin soll eine eventuelle Entschädigung gezahlt werden? _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers



BERNHARD

ASSEKURANZMAKLER GMBH | SEIT 1950
INTERNATIONAL

Mühlweg 2b, 82054 Sauerlach, Telefon: +49 (0) 8104 / 8916-28 / Telefax: +49 (0) 8104 / 8917-35
internet: www.bernhard-assekuranz.com / e-mail: jugend@bernhard-assekuranz.com