

SCHADENSANZEIGE

Unfallversicherung



Rücksendung an:

@ service@vam-burg.de

📞 49 (3921) 97 69 407



VAM Versicherungsmakler GmbH
Bahnhofstraße 3
39288 Burg

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift, Tel.):

Versicherer	<input type="text"/>	VS-Nr.	<input type="text"/>	Schaden-Nr. VR:	<input type="text"/>
Schadentag:	<input type="text"/>	Schadenzeit:	<input type="text"/>	Unfallort:	<input type="text"/>
<input type="text"/>					

Verletzte Person: **Versicherungsnehmer** **mitversicherte Person:**

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Ausgeübter Beruf:	<input type="text"/>

Bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall? bei der Arbeit, in der Schule, im Kindergarten auf dem Wege dorthin oder von dort

im Haushalt beim Einkaufen bei sonstiger Gelegenheit

Unfallhergang Wie hat sich der Unfall ereignet? (ggfs. gesondertes Blatt gesondertes Blatt Skizze beigefügt verwenden):

Worin bestehen die Verletzungen?

SCHADENSANZEIGE

Unfallversicherung



Ihr Bürger Versicherungs

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Polizeidienststelle <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Aktenzeichen: <input type="text"/>
Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Menge <input type="text"/>
Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall etc.) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/> <input type="text"/>
Als Lenker eines Fahrzeugs: Führerschein gültig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Führerscheinklasse: <input type="text"/>
	Fahrzeugart: <input type="text"/>
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis <input type="text"/> %

Ärztliche Behandlung:	
Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhrzeit: <input type="text"/> Uhr
	Name, Anschrift des Arztes: <input type="text"/>
War eine stationäre Behandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Anschrift des Krankenhauses <input type="text"/>
Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?	Namen, Anschriften: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Finden z.Zt. noch ärztliche Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Voraussichtliche Behandlungsdauer: <input type="text"/> Wochen <input type="checkbox"/> ambulant / <input type="checkbox"/> stationär
Wer ist der behandelnde Arzt? (Name, Anschrift)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Besteht noch eine Beeinträchtigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer <input type="text"/> Wochen

SCHADENSANZEIGE

Unfallversicherung



War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalles vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Krankheiten oder Leiden:
		<input type="text"/>
Hat die versicherte Person frühere Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? <input type="text"/>
		Höhe der Entschädigung: <input type="text"/> EUR
		Von welcher Gesellschaft? <input type="text"/>
Bezieht oder bezog die versicherte Person Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen Erwerbsminderung von <input type="text"/> %	
		Höhe der Rente <input type="text"/> EUR
		Versicherungsträger: <input type="text"/>

Weitere Versicherungen:	
Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.Summen	<input type="text"/>
Bei Arbeits- oder Wegeunfällen: Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger gemeldet (z.B. Berufsgenossenschaft)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei <input type="text"/>

Zahlung	<input type="checkbox"/> Überweisung auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck
IBAN:	<input type="text"/>	BIC <input type="text"/>
Kontoinhaber:	<input type="text"/>	

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)? ja nein

Ort/ Datum

Unterschrift

Wir weisen darauf hin, dass bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!