



Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Geld und Verbraucher, Neckgartacher Str. 90, 74080 Heilbronn

Geld und Verbraucher
– Versicherungsservice –
Neckgartacher Str. 90
74080 Heilbronn

GVI-Mitglieds-/Kundennr.: _____

Versicherungsvertragsnr.: _____

Schadennummer: _____

Name des
Versicherungsnehmers: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Unrichtige Angaben können, je nach Schwere des Verschuldens, zumindest teilweise zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen. Einzelheiten dazu entnehmen Sie bitte sowohl der Kundeninformation als auch den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Schadentag: _____ Schadenort: _____ Uhrzeit: _____

Unfallschilderung (bitte beschreiben Sie Ursache und Hergang des Unfalles ggf. auf einem gesonderten Blatt unter Beifügung einer Skizze).

Art und Umfang der unfallbedingten **Verletzungen**, bzw. Gesundheitsschäden (bitte benennen Sie Körperteile und Gliedmaßen und fügen Sie etwa vorhandene Kopien der Untersuchungsbefunde und Arztberichte bei).

Vor- und Zuname der
verletzten/versicherten Person: _____ Geburtsdatum: _____ Familienstand: ledig verheiratet

Anschrift: _____ Telefon: _____

Ausgeübter Beruf der verletzten Person: _____

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall? _____

Ist der Unfall durch das Verschulden einer anderen Person herbeigefügt worden? ja nein

Ggf. Name, vollständige postalische Anschrift und Beziehung zum Verletzten: _____

Vor- und Zuname sowie vollständige postalische Anschrift der Unfallzeugen: _____

In welcher Beziehung stehen der/die Unfallzeugen zum Verletzten: _____

Weitere Angaben

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? ja nein Aktenzeichen der zuständigen Polizeidienststelle: _____

Vollständige postalische Anschrift der Polizeidienststelle: _____

Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? ja nein

Ggf. welche und in welcher Menge? _____

Ggf. wann, bzw. in welcher Zeitfolge? _____

Angaben zur ärztlichen Behandlung

Beginn der ärztlichen Behandlung der Unfallverletzung (Datum/Uhrzeit): _____

Name und vollständige postalische Anschrift des erstbehandelnden Arztes: _____

Name und vollständige postalische Anschrift des aktuell behandelnden Arztes: _____

War ein Krankenhausaufenthalt notwendig? ja nein Ggf. von _____ bis _____

Name und vollständige postalische Anschrift des Krankenhauses: _____

Angaben bei Berufs-, bzw. Wegeunfall

Handelt es sich um einen Arbeits-, Dienst-, Schulunfall? ja nein Bei welcher beruflichen Tätigkeit? _____

Name und vollständige postalische Anschrift des Arbeitgebers: _____

Auf dem Weg von/zur Arbeit (Wegeunfall)? ja nein Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? ja nein

Name und vollständige postalische Anschrift der Berufsgenossenschaft?

(Ggf. übersenden Sie uns bitte auch eine Kopie der an die Berufsgenossenschaft gerichteten Unfallmeldung Ihres Arbeitgebers.)

Angaben bei einem Sportunfall

Handelt es sich um einen Sportunfall? ja nein Bei welcher Sportart? _____

Bei welcher sportlichen Veranstaltung (z. B.: Turnier, Wettkampf, Training)?

(Ggf. bitte Kopien der an den Landessportbund gerichteten Unfallmeldung des Vereins beifügen.)

Angaben bei einem Verkehrsunfall

Welches Verkehrsmittel benutzte der Verletzte (z. B.: PKW, LKW, Krad, Fahrrad usw.)? _____

War der Verletzte Fahrer Beifahrer Insasse

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis? ja nein

Ggf. wer war Fahrer? _____

Wer hat den Verkehrsunfall verschuldet? _____

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Geschwindigkeitswettbewerb (Rennen) eingetreten? ja nein

Ggf. um welche Art Rennen handelte es sich? _____

Allgemeine Angaben

Ist der Unfall auf eine zuvor eingetretene Geistes- oder Bewusstseinsstörung zurück zu führen (z. B.: Schwindel, Ohnmacht, Epilepsieanfall, Schlaganfall, schweres Nervenleiden u. s. w.)? ja nein

Ggf. welcher Art? _____

Hat der Verletzte in den letzten 5 Jahren bereits Unfälle erlitten? ja nein Ggf. wann _____

Art der Verletzung?
(Bei Verletzungen mit Dauerfolgen bitte sämtliche bekannten Vorfälle angeben.) _____

Hat der Verletzte deswegen eine Entschädigung, Rentenzahlung oder sonstige Leistung erhalten? ja nein Ggf. in welcher Höhe? _____

Von welcher Gesellschaft, Behörde oder Sozialleistungsträger? _____

War der Verletzte unmittelbar vor dem Unfall völlig gesund? ja nein

Ggf. An welchen Krankheiten/Gebrechen/Behinderungen hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten? _____

Seit wann? _____ Bei welchem Arzt war der Verletzte damit in Behandlung? _____

Hatte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt noch andere private Unfallversicherungen? ja nein

Ggf. Name und vollständige postalische Anschrift der Gesellschaften, Versicherungsscheinnummern und Versicherungssummen _____

War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt krankenversichert? ja nein

Ggf. Name und vollständige postalische Anschrift der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung _____

An wen sollen etwaige Leistungen gezahlt werden (Kontoinhaber)? _____

Geldinstitut: _____ IBAN: _____

Datum und Unterschriften

Datum Versicherungsnehmer Verletzte(r) Ggf. gesetzlicher Vertreter des/r Minderjährigen