

Name und Anschrift des Versicherungsnehmer:

Frau / Herr / Firma

.....

Ort / Datum:,

Schadensnummer:

.....

Versicherungsscheinnummer:

.....

Ihr Ansprechpartner:

Abt. SR Telefon: (0 40) 41 19-70 45, Fax:- 37 33

Email: huk-sr@hansemerkur.de

Unfall-Schadenanzeige

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,
 bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig. Sie ermöglichen uns dadurch eine schnelle Bearbeitung.

Versicherungsnehmer: Sollte die oben genannte Anschrift nicht mehr korrekt sein, nennen Sie uns bitte Ihre neue Anschrift
 Telefonnr. (tagsüber):

Angaben zur verletzten Person

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Straße und Hausnummer:	PLZ und Ort:
Telefonnr. (tagsüber):	Beruf:
derzeitige Beschäftigung:	seit dem:

mitarbeitend aufsichtsführend im Betrieb

Angaben zum Unfallereignis:

Unfalltag: Uhrzeit:

Ort: Straße:

Wie ereignete sich der Unfall? Was war die Ursache?
 (Sofern der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte ein separates Blatt. Danke!)

.....

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? nein ja War es ein Wegeunfall? nein ja

Ereignete sich der Unfall in Ausübung der beruflichen Tätigkeit? nein ja

Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an?

Aktenzeichen und Anschrift:

Seite 2 zur Unfall-Schadenanzeige

Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder andere Rauschmittel zu sich genommen? nein ja, zu welcher Zeit, in welcher Menge und Art? _____

Wurde eine Blutprobe genommen? nein ja, Ergebnis _____ Promille

Gibt es Zeugen, die den Unfall beobachtet oder Personen, die erste Hilfe geleistet haben?

Name	Anschrift	Telefonnummer	Augenzeuge / erste Hilfe
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? nein ja

Anschrift der Dienststelle: _____ Tagebuchnr.: _____

Wurde der Vorgang an eine Staatsanwaltschaft oder Bußgeldstelle weitergeleitet? nein ja unbekannt

Anschrift: _____ Aktenzeichen: _____

Unfallfolgen:

Welche Verletzungen sind entstanden? _____

Welcher Arzt führte die erste Behandlung durch und wann erfolgte diese? Datum: _____

Name, Anschrift und Fachrichtung: _____

Was wurde angeordnet? _____

War ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich? nein ja

vom _____ bis _____ Anschrift des Krankenhauses _____

Haben noch weitere Ärzte die Unfallverletzungen behandelt? nein ja

Name und Anschrift	Fachrichtung	Behandlungsdaten
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ist die Behandlung abgeschlossen? nein ja, seit dem _____

Allgemeine Angaben zur verletzten Person:

Bestanden am Unfalltag noch weitere Unfallversicherungen? nein ja

Gesellschaft	Anschrift	Vertragsnummer
_____	_____	_____

Gab es Unfallversicherungsverträge, die inzwischen beendet sind? nein ja

Erhielt die verletzte Person aus diesen Verträgen Zahlungen? nein ja

Bei welchem Krankenversicherer ist die verletzte Person versichert? Gesellschaft: _____

Anschrift: _____ Mitgliedsnr: _____

Gesundheitszustand vor dem Unfall:

War die verletzte Person vor dem Unfall körperlich und geistig vollkommen gesund? ja nein

Welche Krankheiten, Behinderungen, Leiden, Gebrechen oder Verletzungsfolgen bestanden und seit wann?

Fehlten schon Gliedmaßen? nein ja, welche und seit wann? _____

Wurden bereits vor dem Unfall regelmäßig Medikamente eingenommen? nein ja

Welche? Seit wann? Dosierung? Weswegen? _____

Wurde die verletzte Person in den letzten 3 Jahren vor dem Unfall ärztlich behandelt? nein ja

Wann und aus welchem Grunde? _____

Name, Anschrift und Fachrichtung: _____

Wurde vor dem Unfall eine Rente bezogen oder ggf. beantragt? nein ja

Berufsunfähigkeits-, Unfall-, Erwerbsunfähigkeits-, Kriegsrente oder sonstige Rente _____

Datum der Antragstellung: _____ Datum der Bewilligung: _____

Wurde vor dem Unfall ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt oder bewilligt? nein ja

Datum der Antragstellung: _____ Datum der Bewilligung: _____

Liegt eine Eingruppierung in eine Pflegestufe vor oder wurde ein Antrag gestellt? nein ja

Datum der Antragstellung: _____ Eingruppierung in Pflegestufe: 1 2 3 seit dem: _____

(Fügen Sie bitte Anträge oder Bescheide zu Renten oder Pflegestufen in Kopie bei. Dafür vielen Dank!)

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und sonstige Erklärungen

"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. Diese Erklärung gilt auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes." Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Wichtiger Hinweis: Alle Fragen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Alle geforderten Nachweise sind vollständig und zügig einzureichen. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung Ihrer Auskunfts- und Aufklärungspflichten (Obliegenheiten) können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Die vertraglichen Vereinbarungen dazu lesen Sie bitte in Ihren Versicherungsbedingungen nach. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben in diesem Formular.

Ort/ Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des / der Versicherungsnehmer/in

Gegebenenfalls vom Außendienst auszufüllen:

Diese Schadenanzeige wurde in meinem Beisein aufgenommen. Ich bestätige die Angaben.

Agt-Nr: ___ / _____

Unterschrift: _____

Schadenummer:

HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG