

Unfall-Schadenanzeige

HAFTPFLICHTKASSE
DARMSTADT



Versicherungsschein-Nr.:

(bitte unbedingt angeben)

Haftpflichtkasse Darmstadt • Postfach 1126 • 64373 Roßdorf

Versicherungsnehmer (Namens- und Adressänderung bitte angeben):

Schadentag	Uhrzeit
Schadenort (ggf. Straße, Hausnr., PLZ)	
An wen soll Zahlung erfolgen ?	
Kontoinhaber:.....	
Geldinstitut:	
Bankleitzahl: Kto.-Nr.:.....	

Tel., Fax und E-Mail des Versicherungsnehmers:

Zu- und Vorname des Verletzten (versicherte Person):

Straße:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

Ausgeübter Beruf des Verletzten:

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Unfallschilderung (ggf. mit Skizze) Bitte beschreiben Sie die Geschehnisse möglichst genau (ggf. auf ges. Blatt):

.....
.....
.....

Name und Anschrift der Zeugen:

.....

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN.

Handelt es sich um einen Arbeits-, Dienst-, Schul- oder Wegeunfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei beruflicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Schule	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	--	------------------------------	--	-------------------------------	--	-------------------------------	--

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? nein ja Akt.-Z.

Anschrift der Berufsgenossenschaft:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? nein ja Tgb.-Nr:

Anschrift der Polizeidienststelle

Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs-
oder Strafverfahren eingeleitet? nein ja gegen:

Akt.-Z.: bei:

Bei Verkehrsunfällen: Welches Verkehrsmittel benutzte der
Verletzte? (Fahrrad, Krad, Moped, PKW, LKW...)

Pol. Kennz.:

Führerscheinklasse, ausgestellt am:

War er Fahrer? nein ja

Hat der Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem

nein ja von bis Uhr

Unfall alkohol. Getränke, Medikamente oder

was und wie viel?

Rauschmittel zu sich genommen?

Blutprobe nein ja, Ergebnis Promille

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Rennsport
eingetreten? nein ja,

Welcher Art?.....

Waren Sie Fahrer, Beifahrer oder Insasse?

nein ja

- bitte wenden-

Art und Umfang der Gesundheitsschädigung.....

Beginn der **ersten** ärztlichen Behandlung: Uhrzeit:

Name und Anschrift des **erst**behandelnden Arztes:

Name und Anschrift der **jetzt** behandelnden Ärzte:

Krankenhausaufenthalt nein ja, von bis

Name und Anschrift des Krankenhauses:

Ist der Unfall auf eine zuvor eingetretene Geistes- oder Bewusstseinsstörung zurückzuführen? z.B. nein ja, welche:

Schwindel, Ohnmacht, Epilepsieanfall, schweres Nervenleiden oder Schlaganfall
welcher Art?.....

Hatte der Verletzte schon frühere Unfälle? nein ja, Art der Verletzung:

Hat der Verletzte deswegen eine Entschädigung erhalten (Name und Anschrift der Gesellschaft)? nein ja, Aktenzeichen:

Bezieht oder bezog der Verletzte wegen früherer Unfälle Rentenzahlungen? nein ja, seit: von

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

An welchen Krankheiten hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten? Seit wann?

Bei welchem Arzt war der Verletzte deswegen in Behandlung?

Ist der Verletzte Mitglied einer privaten Krankenversicherung? Anschrift: nein ja, Vers.Schein-Nr:

War der Verletzte am Unfalltag noch anderweitig gegen Unfall versichert? (Sportverein, Gewerkschaft...) nein ja ,Gesellschaft/ Vers.Schein-Nr:

Ist schon einmal eine für den Verletzten bestehende Unfallversicherung gekündigt oder ein Unfallversicherungsantrag abgelehnt worden? nein ja, durch Versicherungsnehmer/ Versicherer am: wegen:.....

Hat der Verletzte einen Rechtsanwalt mit der Geltendmachung von Ersatzansprüchen gegen den Unfallverursacher beauftragt? nein ja, Name, Anschrift des Rechtsanwalts:

Schweigepflicht-Entbindungserklärung für die Schadenanzeigen in der Unfallversicherung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (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 zur Prüfung meiner Leistungsansprüche, auch über meinen Tod hinaus.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) Minderjährige(n) ab.

Schlusserklärung:

Die genaue und vollständige Beantwortung vorstehender Fragen ist für die Feststellung des Versicherungsfalles und hinsichtlich der Leistungspflicht für den Versicherer von erheblicher Bedeutung. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich sie nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir bekannt, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer durch die Angaben kein Nachteil entsteht.

.....
Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers Unterschrift des Verletzten Bei Minderjährigen Unterschrift der ges. Vertreter

Ärztliche Bescheinigung des Krankenhauses

Nur auszufüllen bei einem stationären Krankenhausaufenthalt

(ansonsten keine Kostenerstattung)

Bitte zurücksenden an:

HAFTPFLICHTKASSE

DARMSTADT

Postfach 11 26

64373 Roßdorf

Versicherungsschein-Nr.:

Patient (versicherte Person):

Unfalltag:

Vor- und Zuname: , Geburtsdatum:

Straße:

Plz., Wohnort:

1. Die oben genannte Person befand sich wegen des Unfalls bei uns in vollstationärer Behandlung:

vom: bis einschl.: Fanden Beurlaubungen statt?
vom: bis einschl.: nein ja, vom: bis:

2. Diagnose:

.....
.....
.....
.....

3. Diese Gesundheitsschäden stehen ausnahmslos in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall: nein ja

Folgende unfallunabhängige Gesundheitsschäden wurden mitbehandelt:

.....
.....

4. Ist mit einem nochmaligen Krankenhausaufenthalt zu rechnen? nein ja, weil:

.....

5. Ist eine völlige Wiederherstellung zu erwarten nein ja, wann?:

6. Ist eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit zu erwarten? nein ja

7. Wurde eine Blutalkoholuntersuchung vorgenommen? nein ja, Ergebnis: °/oo

8. Der Unfallhergang wurde von dem Verletzten wie folgt beschrieben:

.....
.....

....., den

Stempel und Unterschrift des Arztes

Liquidation:

Geldinstitut:

EUR:(maximal 15,00 €)

Konto-Nr:

Bankleitzahl:

Kontoinhaber: