

**Schadenmeldung zur  
Kraftfahrt-Unfallversicherung**

Schadennummer

**Versicherungsnehmer:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Schadentag: \_\_\_\_\_ Fahrzeugkennzeichen: \_\_\_\_\_

Schadenort: \_\_\_\_\_

**Unfallhergang:**

\_\_\_\_\_

**Angaben zum  Verletzten  Toten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Stand der/die Verletzte unter  Alkohol /  Drogen?  Nein  Ja, ggf. Angaben zum Promillewert: \_\_\_\_\_

**Welche Personen (auch unverletzte), einschließlich Fahrer, waren zum Unfallzeitpunkt:**

- im Wagen? \_\_\_\_\_

- im Begriff ein- oder auszustiegen? \_\_\_\_\_

Waren diese Personen mit Wissen und Willen des Versicherungsnehmers in bzw. am Fahrzeug?  ja  nein

**Wer fuhr das Fahrzeug?** \_\_\_\_\_

Stand der/die Fahrer/in unter  Alkohol /  Drogen?  Nein  Ja, ggf. Angaben z. Promillewert: \_\_\_\_\_

Ist der/die Fahrer/in beim Versicherungsnehmer als Kraftfahrer angestellt?  ja  nein

Hatte er/sie eine gültige Fahrerlaubnis?  ja  nein

War der/die Verletzte Beifahrer?  ja  nein

Ist der/die Betreffende beim Versicherungsnehmer als Beifahrer/in angestellt?  ja  nein

**Welche Personen waren Zeugen des Hergangs?** \_\_\_\_\_

Wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen? \_\_\_\_\_

**Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?**

nein  ja

Dienststelle:

\_\_\_\_\_

Aktenzeichen:

\_\_\_\_\_

**Art der Verletzung:**

Welcher Körperteil wurde verletzt (ärztliche Diagnose)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beginn der Behandlung:

\_\_\_\_\_

Besteht Arbeitsunfähigkeit:

nein  ja, seit

Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Welche Verletzungsfolgen sind bereits eingetreten?

\_\_\_\_\_

Welche Verletzungsfolgen sind noch zu befürchten?

\_\_\_\_\_

**Welche/r Arzt/Ärzte wurde/n hinzugezogen?**

Bitte die genaue/n Anschrift/en angeben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde der/die Verletzte in ein Krankenhaus gebracht?

nein  ja, ins:

Erfolgte eine stationäre Behandlung?

nein  ja, wo:

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesund?

nein  ja

Woran litt der/die Verletzte vor dem Unfall?

\_\_\_\_\_

Hatte der/die Verletzte schon früher Unfälle?

nein  ja

Wem wurde/n der Unfall/die Unfälle gemeldet?

\_\_\_\_\_

Welche Ärzte sind in den letzten 2 Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen worden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wo ist der/die Verletzte krankenversichert?

\_\_\_\_\_

**Besteht/bestanden weitere Unfallversicherung/en?**

nein  ja

Bei welcher Gesellschaft/gesetzlichen Unfallkasse?

\_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer bitte angeben:

\_\_\_\_\_

**Überweisung der soll erfolgen auf:**

IBAN:

\_\_\_\_\_

BIC:

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_

Die Mitunterschrift des/der Verletzten oder des gesetzlichen Vertreters (im Todesfall des Erben) ist erforderlich, weil nur diese Person die Ärzte von der Schweigepflicht befreien kann.

Die Aufklärungspflicht nach unseren Allgemeinen Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung (AKB) erfordert die vollständige und wahrheitsgemäße Schilderung des Sachverhaltes und die richtige Beantwortung der Fragen. Verletzen Sie diese Pflicht vorsätzlich besteht kein Versicherungsschutz. Verletzen Sie diese Pflicht grob fahrlässig, liegt also ein besonders schwerer Verstoß gegen die Sorgfaltsanforderungen vor, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Weisen Sie nach, dass kein grober Verstoß gegen die Aufklärungspflicht vorliegt oder der Verstoß für die Feststellung oder den Umfang des Schadens nicht ursächlich war, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Dies gilt nicht, wenn Sie die Pflicht arglistig verletzen.

Es wird erklärt, dass die Fragen richtig beantwortet sind.

Ort

Datum

Unterschriften d. Versicherungsnehmers/Verletzten/Erben