

## Schadenanzeige Unfall

Vertrags-Nummer:

Schaden-Nummer:

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift):

  
  


Verletzte Person (Name, Anschrift):

  
  


Tagsüber zu erreichen unter:

Telefon:

Tagsüber zu erreichen unter:

Telefon:

Fax:

Fax:

E-Mail:

E-Mail:

Geburtstag:

Geburtstag:

Beruf:

Beruf:

Sind Sie damit einverstanden, dass die Leistungen aus der Unfallversicherung an die verletzte Person gehen?  Ja  Nein

Konto für Entschädigungen:

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Schadendatum:

Uhrzeit (ca.):

Schadenort:

Bitte schildern Sie ausführlich, wie der Schaden entstanden ist und wodurch er verursacht wurde:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  Nein  Ja

Welche Polizeidienststelle hat den Schaden aufgenommen:

Tagebuch-Nr.

Aktenzeichen:

Uelzener Allgemeine

Versicherungs-Gesellschaft a. G.

Veerßer Straße 65/67  
29525 Uelzen

Tel. 0581 8070-0

Fax 0581 8070-248

www.uelzener.de  
info@uelzener.de

Vorstand:

Dr. Theo Hölscher (Vorsitzender)

Imke Brammer-Rahfs  
Bernd Fischer

Aufsichtsratsvorsitzender:

Gerhard Schulz

Registergericht: AG Lüneburg HR B 120469

USt-IdNr.: DE 116 681 647

StNr.: 47 207 00011

Steuer-Nr. beim BZSt: 809/V90809020562

Bankverbindung: Commerzbank AG

IBAN: DE80 2584 0048 0569 0334 00

BIC: COBADEFF249

Gläubiger-ID: DE19ZZZ00000118549

Gibt es Unfallzeugen?  Nein  Ja

Wenn ja, geben Sie bitte die Namen und vollständigen Anschriften an:

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

Nein  Ja, wenn ja, was?  Welche Menge?

Könnte eine Bewusstseinsstörung den Unfall verursacht oder mit verursacht haben?

Nein  Ja, wenn ja, welche?

Schildern Sie bitte Art und Umfang der unfallbedingten Verletzungen:

Welche unfallbedingten Dauerfolgen sind bereits eingetreten? Welche sind absehbar?

Wann nach dem Unfall wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum:

Uhrzeit (ca.):

Wer war der behandelnde Arzt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Welcher Arzt behandelt den Verletzten jetzt? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben.)

Wurde der Verletzte aufgrund des Unfalles in einem Krankenhaus vollstationär behandelt?

Nein  Ja, vom  bis  (Bescheinigung bitte beifügen.)

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall (Weg von/zur Arbeit/Schule/Kindergarten/etc.)?

Nein  Ja

Wenn ja, Name und Anschrift der zuständigen Berufsgenossenschaft:

Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert?

Nein  Ja

Wenn ja, geben Sie bitte die Namen und vollständigen Anschriften der anderen Versicherer und die Vertrags-Nummern an:

Hat der Verletzte bereits früher einen/mehrere Unfälle erlitten? Sind Dauerschäden verblieben?

Nein  Ja

Wenn ja, bitte Art und Umfang der erlittenen Verletzungen angeben:

**Wichtige Hinweise:**

Machen Sie oder Ihr Vertreter entgegen den vertraglichen Vereinbarung vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie oder Ihr Vertreter uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie den Anspruch auf die Versicherungsleistung. Bei grob fahrlässigem Verstoß gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Weisen Sie nach, dass die vorsätzlich oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Verletzen Sie oder Ihr Vertreter diese Obliegenheiten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei. Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Den vorstehenden Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit aller im Formular gemachten Angaben.

Mir ist auch 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.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n)  ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Verletzten oder seiner Angehörigen