

## Unfall-Schadenanzeige

Versicherungsschein-Nr. <input type="text"/>	Wird von der INTER ausgefüllt!	
	Schaden-Nr. <input type="text"/>	Pers.-Nr. <input type="text"/>
Versicherungsnehmer Herr/Frau/Firma <input type="text"/>	Versicherte Person, die den Unfall erlitten hat, Name, Vorname <input type="text"/>	
Str./Haus-Nr./Postfach <input type="text"/>	Str./Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ/Ort <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>	
Telefon <input type="text"/>	Geboren am <input type="text"/>	
1.1 Berufliche Tätigkeit der versicherten Person vor dem Unfall: <input type="text"/>	seit: <input type="text"/>	
1.2 Arbeitgeber (Name und Anschrift): <input type="text"/>		
2.1 Ereignete sich der Unfall bei beruflicher Tätigkeit oder auf dem Weg zu oder von der Arbeitsstelle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.2 Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft oder sonstigen gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.3 Berufsgenossenschaft oder sonstige gesetzliche Unfallversicherung (ggf. bitte vom Arbeitgeber erfragen) <input type="text"/>		
3.1 Wann ereignete sich der Unfall? <input type="text"/> ; <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> Minuten <input type="text"/>	Datum (24-Stundenzeit)	
3.2 Wo ereignete sich der Unfall? (Bitte genaue Bezeichnung des Landes, des Ortes, der Straße, Haus-Nr., des Lokales, Betriebes usw.)	<input type="text"/>	
3.3 Besteht dort ein weiterer Wohnsitz? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
4.1 Wie ereignete sich der Unfall? (Bitte recht genaue Angaben über den Ablauf des Unfallgeschehens) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4.2 Namen und Anschriften der Augenzeugen des Unfalles? <input type="text"/>	<input type="text"/>	
4.3 Was war die eigentliche Ursache des Unfalles? <input type="text"/>		
5.1 Hatte der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5.2 Ist dem Verletzten zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes eine Blutprobe entnommen worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Promillesatz: <input type="text"/> %, Nein <input type="checkbox"/>
5.3 War der Verletzte Lenker eines Fahrzeuges? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> – Ggf. Fahrzeugart: <input type="text"/>		
Wenn ja: Besaß er zur Zeit des Unfalles einen Führerschein? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> – Ggf. Führerscheinklasse: <input type="text"/>		
6.1 Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, Tagebuch-Nr.: <input type="text"/>		
6.2 Anschrift der Polizei? <input type="text"/>		
6.3 Zuständige Staatsanwaltschaft? <input type="text"/>	Aktenzeichen d. Staatsanw.: <input type="text"/>	
7.1 Welche Körperteile wurden verletzt? (z. B. Kopf, re. Daumen, li. Bein usw.) <input type="text"/>		
7.2 Welcher Art sind die Verletzungen? (z. B. Bruch, Verstauchung, Quetschung usw.) <input type="text"/>		
8.1 Wann genau wurde die ärztliche Behandlung aufgenommen? <input type="text"/> (Datum) <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> Minuten (24-Stundenzeit)		
Durch welchen Arzt? (Name und Anschrift) <input type="text"/>		
8.2 Ist die ärztliche Behandlung wegen des Unfalles beendet? Ja <input type="checkbox"/> ; seit wann? <input type="text"/> Nein <input type="checkbox"/> Wie lange wird sie voraussichtlich noch dauern? <input type="text"/>		

8.3 Welcher Arzt behandelte den Verletzten zuletzt bzw. behandelt ihn noch? (Name und Anschrift)  
\_\_\_\_\_

8.4 War der Verletzte wegen des Unfalles in stationärer Krankenhausbehandlung? Ja  Nein  Wenn ja, von wann bis wann? vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

8.5 Ist der Krankenhausaufenthalt wegen des Unfalles beendet? Ja  Nein  Wenn nein, wie lange wird er voraussichtlich noch dauern? \_\_\_\_\_

– Bitte verweisen Sie uns zu diesen Fragen nicht an den Hausarzt –

9.1 War der Verletzte bis zum Unfall völlig gesund und vollständig erwerbs- und arbeitsfähig? Ja  Nein

9.2 Um wieviel Prozent lag vor dem Unfall eine Minderung der Erwerbstätigkeit vor? \_\_\_\_\_ % Seit wann? \_\_\_\_\_  
Wodurch? \_\_\_\_\_

9.3 War der Verletzte bis zum Unfall noch imstande, eine Erwerbstätigkeit auszuüben? Ja  Nein

9.4 Ist der Verletzte mit einem körperlichen Gebrechen behaftet? Ja  Nein  Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
Art des Gebrechens? \_\_\_\_\_

9.5 Litt oder leidet der Verletzte an einer Geisteskrankheit? Ja  Nein  einer schweren Nervenkrankheit? Ja  Nein  einer sonstigen erblichen Krankheit? Ja  Nein   
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Name der Krankheit? \_\_\_\_\_ Besteht sie noch? Ja  Nein

9.6 Wann, weswegen und von welchen Ärzten ist der Verletzte in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall behandelt worden?  
\_\_\_\_\_

10.1 Bezog der Verletzte bereits eine Rente? Ja  Nein  Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_  
Seit wann? \_\_\_\_\_ Art bzw. Grund der Rente? \_\_\_\_\_  
Prozentsatz der Rente? \_\_\_\_\_ % Wird diese Rente auch jetzt noch gewährt? Ja  Nein

10.2 Hat der Verletzte schon früher eine Entschädigung für einen Unfall erhalten? Ja  Nein  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ wie hoch? \_\_\_\_\_  
von wem? \_\_\_\_\_

11.1 Bestehen für den Verletzten noch bei anderen Gesellschaften Unfallversicherungen? Ja  seit wann? \_\_\_\_\_ Nein

11.2 Namen und Anschriften der Gesellschaften? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11.3 Vers.-Schein-Nummern (Mitglieds-Nummern)? \_\_\_\_\_

12.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse, Ersatz- oder Privatkasse ist der Verletzte krankenversichert? (bitte volle Anschrift angeben)  
\_\_\_\_\_

12.2 Mitglieds-Nr. oder Name des versicherten Familienvorstandes? \_\_\_\_\_

13. Auf welches Konto soll gegebenenfalls die Versicherungsleistung überwiesen werden?  
Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_  
bei: \_\_\_\_\_ (Genauere Bezeichnung der Bank/Sparkasse/des Postscheckamtes) (Bankleitzahl)

**Ich versichere, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben, und nehme zur Kenntnis, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn der Gesellschaft durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.**

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 veranlaßte 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. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Verletzten (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters) \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers (wenn mit dem Versicherten nicht identisch) ggf. Firmenstempel \_\_\_\_\_