

Schadenanzeige zur Unfallversicherung BDMV

Anschrift des Vereines hier eintragen

Versicherung-Nr./Kenn-Nr. 703 307038	Schaden-Nr.
Telefon/Versicherungsnehmer	Fax/Versicherungsnehmer
Geschäftsstelle/Fachberater	

**Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und ausführlich, sofern sie nicht anzukreuzen sind. Sie ersparen uns damit Rückfragen und beschleunigen die Bearbeitung des Schadenfalles.
Falls Sie noch an den Folgen des Unfalls leiden, wünschen wir Ihnen baldige Genesung!**

Wann ereignete sich der Unfall?

Datum (Tag, Monat, Jahr)	Zeit (Std./Min.)	Unfallort
--------------------------	------------------	-----------

Verletzte Person

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	
Beruf	Geburtsdatum

Mitglied des Vereines?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja <input type="checkbox"/> aktiv | <input type="checkbox"/> passiv |
| Wenn nein <input type="checkbox"/> Helfer | <input type="checkbox"/> sonstige: |

Unfallhergang

Genauere Schilderung des Unfallhergangs (wie oder **bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit?**). Falls notwendig, bitte auf gesondertem Blatt fortfahren.

Zeugen des Unfalls

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	Telefon-Nr.
Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	Telefon-Nr.

Hat eine polizeiliche Dienststelle den Unfall festgestellt?

Datum (Tag, Monat, Jahr)	Zeit (Std./Min.)	Anschrift der Polizeidienststelle und Tagebuchnummer
--------------------------	------------------	--

Stand die verletzte Person zurzeit des Unfalls unter Alkoholeinwirkung? Einwirkung von Drogen? nein ja
Wurde eine Blutalkoholuntersuchung veranlasst? nein ja
Wenn ja, durch wen? Ergebnis:

Welche Körperteile wurden verletzt?

Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? nein ja

Ggf. wie lange? **Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen!**

Schaden-Nr.:

War die/der Verletzte in stationärer Behandlung? nein ja

Ggf. wie lange? **Bitte Bestätigung beifügen!**

Wann wurde wegen des Unfalls erstmalig ein Arzt zu Rate gezogen?

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort des behandelnden Arztes

Welche Anordnung hat der Arzt getroffen?

Gehört die/der Verletzte einer Krankenkasse oder Krankenversicherung an? nein ja

Krankenkasse, Ort

Versicherungsnummer

Bei welcher anderen Versicherungsgesellschaft oder Berufsgenossenschaft ist die/der Verletzte gegen Unfall versichert?

Gesellschaft, Ort

Versicherungsnummer

Wurde der Unfall diesen Stellen gemeldet? nein ja

Hat die/der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? nein ja

Wann und welcher Art?

War sie/er zurzeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet? nein ja

Art des Leidens/Gebrechens

Bezieht die/der Verletzte eine Rente?

a) aus der gesetzlichen Rentenversicherung? nein ja

Falls ja, wie hoch ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Prozent?

b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung? nein ja

Bitte beantworten, wenn sich der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeugs ereignete:

Angaben zum benutzten Kraftfahrzeug

Art des Fahrzeugs

Fabrikat

Fahrzeugidentifikations-Nr.

Amtl. Kennzeichen

Zahl der Sitze einschl. Führersitz

Name, Vorname des Lenkers

Alter des Lenkers

Führerscheinklasse

Führerschein seit wann

Welche Personen befanden sich zurzeit des Unfalls im Fahrzeug?

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Waren Sicherheitsgurte angelegt? nein ja

Wurde das Fahrzeug mit Wissen des Halters benutzt? nein ja

Zahlung soll erfolgen an

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut, PLZ, Ort

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 der Leistungsansprüche im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; 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) (Name, Vorname)

ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen. Dies gilt selbst dann, wenn die Unwahrheit oder Unvollständigkeit keine für den Versicherer nachteiligen Folgen gehabt hat. Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Angaben niedergeschrieben hat.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des Vereinsvorstandes