

# SCHADENANZEIGE

zur Unfallversicherung



Schaden-Nr.

Aktenzeichen:

(bitte unbedingt angeben)

**LIGA-Löffler Versicherungsmakler GmbH & Co. KG**  
Augustinerplatz 2a  
79098 Freiburg

Telefon +49(0)761/3 87 85-0

Telefax +49(0)761/3 87 85-20

E-Mail [schaden@loeffler-versmakler.com](mailto:schaden@loeffler-versmakler.com)

**Versicherungsnehmer**

Name: .....

Vorname: .....

PLZ/Ort: .....

Straße/Nr.: .....

Telefon/Telefax: .....

E-Mail: .....

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Versicherungsschein-Nr.

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

Kunden-Nr. / VB-Nr.:

Es handelt sich um eine Erstmeldung

Der Schaden wurde bereits  telefonisch  schriftlich  per Telefax  per E-mail am ..... gemeldet

**Verletzte Person**

Name/Vorname: .....

PLZ: .....

Ort: .....

Straße/Nr.: .....

Geb. Datum: .....

Telefon Nr.: .....

Berufliche Tätigkeit: .....

Bei Minderjährigen: .....

(Vor- und Zuname, Beruf des gesetzlichen Vertreters)

**Angaben zum Unfall**

1. Unfallort: (Straße, km-Stein, ggf. Ausland) .....

2. Unfall während:

Kindergarten/Tagesstätte

Schulbesuch

Heimaufenthalt

Freizeit

hauptberuflicher Tätigkeit

nebenberuflicher Tätigkeit

ehrenamtlicher Tätigkeit

Honorartätigkeit

Beamter

Zivildienstleistender

Sonstige Person: .....

Teilnahme an einer Veranstaltung, welche? .....

3.a) Wurde die gesetzliche Unfall-Versicherung eingeschaltet?

Nein

Ja

b) Welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbehörde für Unfall-Versicherung wurde der Unfall gemeldet?

BG: .....

Ort: .....

Aktenzeichen: .....

4. Bitte beschreiben Sie den Beruf/die Tätigkeit (siehe Pos. 2):  
.....  
.....

5. Für welche Firma erfolgte die Tätigkeit? (siehe Pos. 2):  
.....  
.....

6. Unfall auf dem direkten Hin- oder Rückweg?

Nein

Ja, Hinweg

Ja, Rückweg

7. Verletzte Körperteile/Art der Verletzungen?  
.....  
.....

8. Mögliche Dauerschäden?  
.....  
.....

**Wichtiger Hinweis:**

Etwaige Dauerschäden müssen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und innerhalb weiterer drei Monate ärztlich festgestellt sowie zusätzlich auch dem Versicherer bzw. uns gemeldet werden. Ein Fristverzug führt zum Erlöschen der Ansprüche.

9. Ist der Verletzte verstorben?

Nein

Ja (Bitte informieren Sie uns sofort!)

Versicherungskonzepte nach Maß

Schadenhergang?

(Bitte genau und ausführlich schildern, eventuell ein Extrablatt benutzen und durch eine Skizze erläutern!)

11. a) Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen?

b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise?

c) Welche Polizeidienststelle hat ein Protokoll aufgenommen?

d) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?

nein

ja,

e) Wurde eine Blutprobe entnommen?

nein

ja, Ergebnis: ..... %

12. a) Bereits erlittene vorherige Unfälle?

nein

ja,

b) Vorerkrankungen/Beeinträchtigungen vor dem Unfall?

nein

ja,

13. a) Wo befindet sich die verletzte Person?

b) Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Bei welchem Arzt?

am ..... um ..... Uhr

bei .....

c) Worauf ist das (etwaige) Versäumnis sofortiger ärztlicher Hilfe zurückzuführen?

d) Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt?

nein

ja,

(Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen)

vom ..... bis .....

e) Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes?

f) Welche Anordnung hat er getroffen?

g) Ist die ärztl. Behandlung abgeschlossen?

nein

ja, seit .....

14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben?

b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?

nein

ja, seit .....

c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?

15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Unfallschädigung erhalten?

nein

ja, am ..... €

b) Bestanden oder bestehen noch weitere

Unfallversicherungen?

nein

ja

Lebensversicherungen?

nein

ja

Krankenversicherungen?  
(gesetzlich oder privat)

nein

ja

Vers.-Nr.	Versicherungsgesellschaft (Name und Ort)

16. Bankverbindung (bitte stets angeben):

Kontoinhaber: .....

Institut: .....

BIC: ..... IBAN: .....

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinden wir hiermit gegenüber dem Versicherer, dem Versicherungsmakler und dem Versicherungsnehmer bzw. der dazugehörigen Einrichtungen/Institutionen sowie allen mit der Beurteilung beauftragten Personen von Ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtigen wir andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, unserem Versicherer Auskünfte zu erteilen.

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.

Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Ort und Datum

Ort und Datum

Unterschrift der verletzten Person (ggf. Erziehungsberechtigter)

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers