

Schadenanzeige Unfall				
Schadenanzeige zurück an: Martens & Prah Versicherungsmakler Spaichingen GmbH Thomas-Mann-Weg 2 78532 Spaichingen per Fax: 07424-95876-10 per E-Mail: info@mup-sp.de	Versicherungsschein-Nr.:			
	Eigene Schadennummer:			
	Name/Stempel des Versicherungsnehmers:			
Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt.)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schadentag:	Uhrzeit:	Schadenort:		
Schadenhergang	Unfallhergang – wodurch wurde der Unfall verursacht und wie war der Hergang?			
	Wo geschah der Unfall?	<input type="checkbox"/> Arbeit	<input type="checkbox"/> Freizeit	
	Ereignete sich der Unfall während einer Dienstreise?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall?				
Schadenumfang	Angaben zur verletzten Person:			
	Name	Vorname	Geburtsdatum	
	Straße	PLZ, Ort	Email	
	Telefonnummer	Mobilnummer	Verheiratet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Beruf und kurze Beschreibung der Tätigkeit			
	Gesundheitsschädigung:			
	Verletzte(r) Körperteil(e)			
	Art der Verletzung(en)			
	Wurden vor dem Unfall Alkohol oder Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis: %
	Hat die verletzte Person ein Verkehrsmittel benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgendes:			
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Anderes Verkehrsmittel als <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse				
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Dienststelle	Aktenzeichen			

Schweigepflichtsentbindung § 203 StGB Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich für die/ den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, der / die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.		
Bankverbindung für vereinbarte Entschädigungsbeiträge		
Kontoinhaber		
IBAN	BIC	Bank
<hr/>		
Ort/Datum	Unterschrift/Stempel Versicherungsnehmer/in	
<hr/>		
Ort/Datum	Unterschrift/Stempel der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters	

Unser Ansprechpartner für Rückfragen		
Kontakt	Name:	
	Telefon:	
	E-Mail	