

Schadenanzeige Unfall				
Schadenanzeige zurück an: <b>Martens &amp; Prah</b> <b>Versicherungsmakler</b> <b>Spaichingen GmbH</b> Thomas-Mann-Weg 2 78532 Spaichingen  <i>Gerne per Email:</i> <a href="mailto:info.spaichingen@martens-prahl.de">info.spaichingen@martens-prahl.de</a> oder per Fax: 07424-95876-10	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	<b>Angaben zur verletzten Person:</b>			
	Name	Vorname	Geburtsdatum	
	Straße	PLZ, Ort	Email	
	Telefonnummer	Mobilnummer	Verheiratet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Beruf und kurze Beschreibung der Tätigkeit			
	<b>Gesundheitsschädigung:</b>			
	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		

<b>Arzt- und Krankenhausbehandlungen !!! Bitte Arzt- und Krankenhausberichte mitsenden !!!</b>	
Erste ärztliche Hilfe am:	Weiterbehandlung / Überweisung am
Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Krankenhaus	Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Krankenhaus
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	
Ab wann wurde die verletzte Person arbeitsunfähig?	
Ab wann arbeitsunfähig?	
Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich arbeitsunfähig sein? Bis ca.	
Wird die verletzte Person stationär behandelt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit dem: _____ bis: _____ voraussichtlich bis: _____
<b>Vorerkrankungen und Vorunfälle</b>	
Hat die verletzte Person wegen anderer Erkrankungen oder früheren Unfällen in den letzten 5 Jahren einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Welche Unfälle? (bitte Datum und Art der Verletzung angeben)	
Am: _____	Art der Verletzung: _____
Am: _____	Art der Verletzung: _____
Am: _____	Art der Verletzung: _____
Welche Krankheiten?	
Am: _____	Art der Erkrankung: _____
Am: _____	Art der Erkrankung: _____
Am: _____	Art der Erkrankung: _____
<b>Renten</b>	
Erhält die verletzte Person eine Kriegsgeschädigtenrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / Kriegsleiden:	
Erhält die verletzte Person eine Berufsgenossenschaftsrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / Art der Verletzung:	
Erhält die verletzte Person eine Invaliditätsrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / Art der Invalidität:	
Wurde vor dem Unfall eine Invaliditätsrente beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / Grund:	
<b>Andere Versicherungen</b>	
Bestehen zur Zeit noch weitere Unfall-/Insassenunfall-Versicherungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
1. Versicherer	Vertragsnummer
2. Versicherer	Vertragsnummer
3. Versicherer	Vertragsnummer
Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert?	
Name und Anschrift	
Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Welcher Krankenkasse / Krankenversicherung gehört die verletzte Person an?	
Ist ein Krankenhaustagegeld über eine Krankenversicherung versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Erklärung</b>	
Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.	
<b>Schweigepflichtsentbindung § 203 StGB</b>	
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 die von mir veranlassten 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.	

<b>Schweigepflichtsentbindung § 203 StGB</b>		
<p>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.</p> <p>Diese Erklärung gebe ich für die/ den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, der / die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.</p>		
<b>Bankverbindung für vereinbarte Entschädigungsbeiträge</b>		
Kontoinhaber		
IBAN	BIC	Bank
<p>Die Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie hier  <a href="https://www.martens-prahl-spaichingen.de/kontakt/datenschutz/">https://www.martens-prahl-spaichingen.de/kontakt/datenschutz/</a></p>		
Ort/Datum	_____ Unterschrift/Stempel Versicherungsnehmer/in	
Ort/Datum	_____ Unterschrift/Stempel der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters	

<b>Unser Ansprechpartner in Ihrem Haus für Rückfragen</b>		
Kontakt	Name:	_____
Kontakt	Telefon:	_____
Kontakt	E-Mail	_____