

Telefon 0211 975 44 770
Telefax 0211 159 48 439
www.jhdversicherungen.de
info@jhdversicherungen.de

Schaden-Anzeige zur Unfall-Versicherung

Bitte beachten:

Schadenanzeige bitte vollständig ausfüllen und dabei kräftig durchschreiben.

Unvollständig eingereichte Formulare machen Rückfragen notwendig und verzögern die Schadenbearbeitung.

Unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsanspruches führen.

- Zur Gruppen-Unfall-Versicherung
 Zur Ferien-, Tages- oder Reiseversicherung

Bitte nicht ausfüllen: Leistungsgruppe:

Schaden-Nr.:

1. Anmeldender/Kunde:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.Nr.: _____ E.Mail: _____

Aktenzeichen: _____

2. Angaben zur/zum Verletzten

Vor- und Zuname des Verletzten: _____

Straße und Hausnummer
_____Postleitzahl/ Wohnort
_____Geburtsdatum
_____Beruf
_____Familienstand
_____**3. Gesetzlicher Vertreter des/der Verletzten**

Name des gesetzlichen Vertreters: _____

Beruf: _____

beschäftigt bei: _____

Mögliche Versicherungsleistungen (Verrechnungsscheck) soll erhalten (bitte ankreuzen) Anmeldender/Kunde Verletzte/r oder (Name und Anschrift):
_____**4. Andere Kranken-/Unfall-Versicherungen**a) Welcher Krankenkasse/Krankenversicherung oder sonstigen Unterstützungskasse gehört der Verletzte oder der gesetzliche Vertreter an?

_____b) Besteht für den Verletzten eine Unfallversicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft oder Anstalt? Bei welcher?

_____**5. Angaben zu Ort und Datum/Zeit**a) An welchem Tag und zu welcher Stunde ereignete sich der Unfall?

Am _____ um _____ Uhr

b) An welchem Ort, Land, Staat?
_____c) bei welcher Gelegenheit?
_____d) Mit einem Fahrzeug? nein/ ja mit Fahrrad Moped (Versicherungskennzeichen):
_____ Motorrad (pol. Kennzeichen):
_____ Auto (pol. Kennzeichen):
_____**6. Amtliche Ermittlungen und Zeugen**a) Sind polizeiliche Ermittlungen durchgeführt worden? nein jaWenn ja, wann und von welcher Dienststelle?

_____b) Name und Anschrift der Zeugen

_____**7. Genaue Beschreibung, wie sich der Unfall ereignet hat. (evtl. besonderes Blatt verwenden)**_____

_____**8. Wer hat den Unfall verursacht? Wodurch?**Name und Anschrift des Verursachers:

9. Wer leistete die erste ärztliche Versorgung:Name und Anschrift des **erstversorgenden** Arztes:

Wann?: _____ Wo?: _____

10. Welcher Arzt behandelt den Verletzten jetzt?Name und Anschrift des **zur Zeit behandelnden** Arztes:

11. Worin besteht die Verletzung?

12. Besteht infolge des Unfalles Arbeitsunfähigkeit? nein ja, für voraussichtlich _____ Tage/Wochen/Monate**13. Ist nach Ansicht des Arztes mit Dauerfolgen zu rechnen?** nein ja, mit folgenden: _____**14. Ist/war Krankenhausaufnahme erforderlich?**

Name und Anschrift des Krankenhauses: (vorhandene Bescheinigung über die Dauer des Aufenthaltes beilegen)

15. Angaben zu früheren gesundheitlichen Beeinträchtigungen

a) Leidet oder litt der Verletzte vor dem Unfall an körperlichen Beeinträchtigungen/Krankheiten/Behinderungen?

 Nein Ja, an _____

b) Sind bereits früher Unfälle eingetreten?

 Nein Ja, folgende: _____

c) Hat der Verletzte von anderer Seite vor diesem Unfall bereits eine Unfallentschädigung erhalten?

 Nein Ja (Wann, wofür, in welcher Höhe und von wem?) _____**16. Sonstige Anmerkungen**

17. Befreiung von der Schweigepflicht.

Alle Ärzte, Krankenkassen, Versicherungsunternehmen, Berufsgenossenschaften und Behörden werden hiermit ermächtigt, der Generali Versicherung AG jede gewünschte Auskunft – auch über die Gesundheitsverhältnisse der versicherten Person – zu erteilen.

Aufgrund der Rechtssprechung des Bundesgerichtshofs müssen wir Sie darauf hinweisen, dass **unwahre oder lückenhafte Angaben** auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen können, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Vorstehende Fragen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass Ansprüche infolge eines Dauerschadens spätestens 15 Monate nach dem Unfallereignis durch Vorlage eines ärztlichen Attestes zu melden sind.

Ort/Datum Unterschrift des des Verletzten und bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters.

Bei Gruppen-Versicherungen:

18. Fragen an die Aufsichtsperson, den Betreuer, an die Leiterin oder den Leiter – bitte beantworten!!

a) Hat sich das Schadenereignis bei einer oder auf dem Wege von bzw. zu einer von Ihnen geleiteten Veranstaltung ereignet?

 nein ja – Welcher Art war die Veranstaltung?

b) Findet diese Veranstaltung regelmäßig statt oder wurde sie angekündigt?

19. Wie viel Personen nahmen an der Veranstaltung teil?

Davon Versicherte?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich gleichzeitig auch die Angaben zu Punkt 2, 5, 6 und 7.

Ort, Datum Unterschrift der Leiterin, Leiters, Aufsichtsperson als Sportwart, Heimleiter usw.

Fragen an den Verantwortlichen, Vorstand, Seelsorger, Geschäftsführer bitte ausfüllen

Es besteht folgende Versicherung über das Jugendhaus düsseldorf für den Verletzten:

Aktenzeichen: _____ Kunden-Nr.: _____

Die letzte Rechnung in Höhe von _____ €

wurde bezahlt am: _____

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und der Angaben zu den Fragen 17 bis 19 in dieser Schadenanzeige bescheinige ich durch meine Unterschrift.

Ort, Datum, Unterschrift des Vorstandes, Seelsorgers, Geschäftsführers o.ä., Stempel