



U

Schaden-Anzeige zur Unfallversicherung

▲ Eingangsstempel ▲

|                         |             |  |
|-------------------------|-------------|--|
| Versicherungsschein-Nr. | Agentur-Nr. | Schaden-Nr. (wird von AMVers eingesetzt) |
|-------------------------|-------------|--|

1. **Versicherungsnehmer** Vor- und Zuname / vollständige Anschrift / Geburtstag / Beruf / Telefon

2. **Verletzter** (versicherte Person) Vor- und Zuname / vollständige Anschrift / Geburtstag / Beruf / Telefon

3. **Schilderung des Unfalls**

Hergang und Ursache  
(Bitte ausführlich und genau schildern, Skizze beifügen.  
Falls Platz nicht ausreicht, Fortsetzung auf besonderem Blatt)

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| Unfalltag | / | Unfallzeit |
| Unfallort |   |            |

4. **Zeugen**

Vollständige Anschrift aller Zeugen (Passanten, Insassen usw.)

Wenn niemand zugegen war, wer hat den Verletzten zuerst nach dem Unfall gesehen?

5. **Begleitumstände**

Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?  Nein  Ja

Wurde eine Blutprobe entnommen?  Nein  Ja, Ergebnis %o

6. **Polizei**

Vollständige Anschrift der Dienststelle / Staatsanwaltschaft / Aktenzeichen

Gegen wen wurde ein Strafverfahren eingeleitet? Weshalb? Stand des Verfahrens

7. **Arbeitsunfall**

Handelt es sich um einen Unfall am Arbeitsplatz / auf dem Weg zu oder von der Arbeit?  Nein  Ja

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? Welcher? -ggfls. Aktenzeichen angeben -

8. **Verletzungen**

Art der Verletzung / betroffener Körperteil? (z.B. Bruch rechter Oberarm, Gehirnerschütterung, Zerrung linkes Fußgelenk)

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von / bis? Behandlungsdauer (evtl. voraussichtlich)

Ist völlige Wiederherstellung zu erwarten?

An welchen Krankheiten und / oder Gebrechen litt die verletzte Person vor dem Unfall?

## 9. Ärzte / Krankenhaus

Anschrift des Arztes, der erste ärztliche Hilfe leistete / Datum und Uhrzeit?

---

---

Weiterbehandlung durch

---

---

Stationäre Behandlung ab / bis (voraussichtlich)

---

---

Name, Anschrift und Abteilung des Krankenhauses angeben

---

---

Zuletzt in Behandlung bei

---

---

## 10. Frühere Unfälle

Welche Unfallverletzungen haben früher vorgelegen? Sind diese Unfälle ausgeheilt? Welche Restbeschwerden?

---

---

Hat die verletzte Person aufgrund einer Unfallversicherung aus früheren Unfällen Entschädigungen erhalten?  
Von welchem Versicherer? Wann? Aktenzeichen?

---

---

## 11. Versicherungsträger

Bei welcher anderen Gesellschaft bestehen für die verletzte Person weitere Unfallversicherungen? - Bitte Anschrift, Versicherungsschein-Nummer und Vers.-Summen sowie ggfls. Schadenaktenzeichen angeben -

---

---

Bei welcher Krankenkasse / Krankenversicherung besteht Versicherungsschutz?

---

## 12. Entschädigungszahlungen

Entschädigung(en) bitte überweisen

an: \_\_\_\_\_

auf Postbank- / Bankkonto: \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl (BLZ)\*: \_\_\_\_\_

\*Bei Bankkonto bitte unbedingt die 8stellige Bankleitzahl (BLZ) mit angeben.

## 13. Befreiung von der Schweigepflicht

Alle Ärzte, Krankenanstalten, Krankenkassen, Versicherungsunternehmen, Berufsgenossenschaften und Behörden werden hiermit ermächtigt, der AMVers jede gewünschte Auskunft – auch über die Gesundheitsverhältnisse der versicherten Personen - zu erteilen.

## 14. Wichtige Hinweise

**Sollte ein Dauerschaden zurückbleiben, müsste dieser innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und nach weiteren 3 Monaten ärztlich festgestellt sein.**

**Den Anspruch auf Invaliditätsleistung müssen Sie bis 15 Monate nach dem Unfall geltend machen. Bitte melden Sie den Anspruch schriftlich bei uns an. Die Schadenanzeige reicht zur Anmeldung des Dauerschadens alleine nicht aus.**

**Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.**

**Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.**

Ort, Datum

Verletzter (oder seine Angehörigen)

Versicherungsnehmer

---

---