

## Schadenanzeige zu Vers.-/Schaden-Nr.:

### zur Unfallversicherung

Bitte schicken Sie das Formular ausgefüllt zurück an:

**ALTE LEIPZIGER Versicherung AG**  
**Zentralbereich Schaden**

**61435 Oberursel**

Name des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf oder Betrieb \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Name des Verletzten (= Versicherten) \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Selbständig    ja        nein

Falls ja, bitte auch bei einem Freizeitunfall angeben, seit wann, bei welcher Berufsgenossenschaft und unter welcher Mitgliedsnummer gesetzlicher Unfallversicherungsschutz bestand?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Schilderung des Herganges:

Wann ereignete sich der Unfall? Am \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ um \_\_\_\_ Uhr (0 bis 24)

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Straße, Haus-Nr.) \_\_\_\_\_

Nähere Bezeichnung der Örtlichkeit (z. B. Bürgersteig, Treppenhaus, Wohnzimmer, Schlosserei, Skihang) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit? \_\_\_\_\_

Wenn als Kfz-Lenker: Führerschein Klasse \_\_\_\_\_, Ort und Datum der Ausstellung \_\_\_\_\_

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?    ja        nein

Wenn ja, welche Menge? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Wurde eine Blutprobe entnommen?    ja        nein. Ergebnis \_\_\_\_\_‰.

Wie ereignete sich der Unfall?

Diese Frage ist so ausführlich zu beantworten, dass sich ein klares Bild des Schadenherganges ergibt.

---

---

---

---

---

---

---

Was war nach Ihrer Auffassung die Unfallursache? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer hat den Unfall gesehen? (Namen und Anschriften) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist ein Protokoll über den Unfall aufgenommen worden? ja nein. Von welcher Stelle? \_\_\_\_\_

Strafverfahren eingeleitet? ja nein. Gegen wen? \_\_\_\_\_

Art der Verletzungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat der Unfall eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Verletzten zur Folge gehabt? ja nein

Wenn ja, inwieweit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

An welchem Tag hat sich der Verletzte in ärztliche Behandlung begeben? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voraussichtliche Heildauer nach Ansicht des Arztes \_\_\_\_\_

Ist nach ärztlicher Meinung mit dauernden Folgen (Invalidität) zu rechnen? ja nein

War der Verletzte bei Eintritt des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig? ja nein

Falls nein, welche anderweitigen Erkrankungen lagen vor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits früher Unfälle erlitten, wenn ja, wann und mit welchen Folgen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Ärzte wurden in den letzten fünf Jahren konsultiert? (Namen und Anschriften sowie Zeitpunkt und Grund)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann und Warum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht oder bestand noch anderweitig eine Versicherung gegen Unfälle?      ja      nein

Anschrift der betreffenden Gesellschaft(en) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vers.-Schein-Nr(n) \_\_\_\_\_

Vers.-Summen \_\_\_\_\_

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall?      ja      nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

**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 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. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.**

**Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.**

**Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) \_\_\_\_\_ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.**

**Sämtliche Fragen sind nach bestem Wissen vollständig und richtig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben bewirken den Verlust des Versicherungsschutzes; bei Vorsatz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten (= Versicherter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers