

## Unfallschadenanzeige

|               |
|---------------|
| Polizzenummer |
| Schadennummer |

|                     |  |                        |  |                    |   |                                   |
|---------------------|--|------------------------|--|--------------------|---|-----------------------------------|
| Versicherungsnehmer | Zuname, Vorname/Titel  | Geb. Datum             | T  | M                  | J   | <input type="checkbox"/> männlich |
|                     |  |                        |  |                    |   | <input type="checkbox"/> weiblich |
|                     | Straße/Hausnummer  |                        | Selbständig:   |                    | Staatsbürgerschaft  |                                   |
|                     |  |                        | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |                    |   |                                   |
|                     | Plz.   | Ort                    | Tel. tagsüber  |                    | Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |                                   |
|                     |  |                        |  |                    |   |                                   |
|                     | Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit)  |                        | E-Mail Adresse   |                    |   |                                   |
| Verletzter          | Zuname, Vorname/Titel  | Geb. Datum             | T  | M                  | J   | <input type="checkbox"/> männlich |
|                     |  |                        |  |                    |   | <input type="checkbox"/> weiblich |
|                     | Beruf (bzw. Betrieb) – Etwaige Nebenbeschäftigungen; wir bitten um genaue Angaben  |                        |  |                    | Selbständig:  |                                   |
|                     |  |                        |  |                    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein                                      |                                   |
|                     | Plz  | Ort, Straße/Hausnummer |  | Staatsbürgerschaft |   |                                   |
|                     |  |                        |  |                    |   |                                   |
|                     | Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?  |                        |  |                    |   |                                   |
|                     | Ist der Verletzte noch anderweitig gegen Unfall versichert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei welcher Gesellschaft? |                        |  |                    |   | Polizzenummer                     |

|          |   |  |  |  |  |  |
|----------|---|--|--|--|--|--|
| Vorfall  | Unfallstelle (Ort, Straße, Nr.):  |  |  |  |  |  |
|          | Zeugen des Vorfalles (Namen, Adresse, Telefon)  |  |  |  |  |  |
| Datum:   |   |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit: | Von welcher Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen?   |  |  |  |  |  |
|          | Name und Anschrift des Arztes, der den Verletzten wegen des Unfalles behandelt hat:   |  |  |  |  |  |
|          | Name und Anschrift des Arztes, der den Gesundheitszustand des Verletzten vor Eintritt des Unfalles Auskunft geben kann:   |  |  |  |  |  |
|          | In welcher Höhe wurde bereits eine Entschädigung bezahlt? Euro  |  |  |  |  |  |
|          | War der Verletzte vor dem Unfall in ärztlicher Behandlung?  |  | <input type="checkbox"/> Ja, aus welchem Grund?<br><input type="checkbox"/> Nein |  |  |  |
|          | Hatte der Verletzte vor dem Unfall ein Leiden oder Gebrechen?   |  | <input type="checkbox"/> Ja, welcher Art?<br><input type="checkbox"/> Nein       |  |  |  |
|          | Genauer Bericht über Ursache und Hergang des Unfalles (insbesondere bei welcher Tätigkeit oder Gelegenheit, in welchem Raum), erforderlichenfalls mit Skizze:   |  |  |  |  |  |
|          | Wir bitten Sie, uns im Interesse einer raschen Erledigung sämtliche Ihren Unfall betreffenden Unterlagen (wie Krankenstandsbescheinigung des Sozialversicherers, ärztliche Atteste, Röntgenbilder etc.) vorzulegen. |  |  |  |  |  |
|          | Zahlung einer Entschädigung hätte zu erfolgen an:   |  |  |  |  |  |
|          | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer, Adresse wie oben  |  |  |  |  |  |
|          | <input type="checkbox"/> Bank   |  | Kontonummer  |  |  |  |
|          | <input type="checkbox"/> PSK-Kontonummer  |  |  |  |  |  |
|          | Datum, Unterschrift des Verletzten  |  |  | Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers |  |  |

Ich ermächtige die ERGO Versicherung Aktiengesellschaft in alle den Vorfall vom \_\_\_\_\_ betreffenden Krankengeschichten (Ärzte, Krankenhäuser) und Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen!

Bericht des behandelnden Arztes

Wann wurde die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Beschreibung der Verletzung:

Krankenhausbehandlung (stationär)

vom: \_\_\_\_\_

bis: \_\_\_\_\_

Befindet sich der Verletzte derzeit im Krankenstand?

Ja  Nein

Wurde Bettruhe verordnet?

Ja  Nein

Ausgefähig seit \_\_\_\_\_

War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles alkoholisiert?

Ja  Nein

Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten?

Ja  Nein

In welchem Ausmaß ist der Verletzte im Hinblick auf seinen Beruf arbeitsunfähig?

\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wie lange wird der Verletzte voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein?

\_\_\_\_\_ Tage

\_\_\_\_\_ Wochen

\_\_\_\_\_ Monate

An welchen Krankheiten oder Gebrechen hat der Verletzte zur Unfallszeit gelitten?

Wie weit und auf welche Art haben Krankheiten oder Gebrechen die Unfallsfolgen ungünstig beeinflusst?

Eventuelle Bemerkungen:

Zahlung des Arzthonorars hätte zu erfolgen an

Versicherungsnehmer

behandelnder Arzt

Bank

Kontonummer \_\_\_\_\_

PSK-Kontonummer \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift und Stampiglie des behandelnden Arztes

BITTE FREIHALTEN!