

SCHADENANZEIGE

zur Unfall-Versicherung

 ECCLESIA UNION VMD

ECCLESIA Gruppe

Schaden-Nr.

BITTE ZU JEDEM SCHADENFALL EINE SCHADENANZEIGE ANFERTIGEN UND UNS IN ZWEI EXEMPLAREN EINREICHEN!

Versicherungsnehmer:

Anschrift:

Telefon/Telefax:

Kirchenkreis Arnsberg

Kreiskirchenamt Soest/Arnsberg

Clem.-Aug.-Str. 10, 59821 Arnsberg

Telefon: 02931/8908-0 / Telefax: 02931/8908-32

Risiko (z. B. Heim, Betriebsteil usw.):

- Bitte vollständig ausfüllen! - Es handelt sich um eine Erstmeldung Der Schaden wurde bereits telefonisch schriftlich per Telefax am gemeldet.

Vers.-Nr.:

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

Versicherte Person

Name, Vorname der verletzten Person

Geburtsdag der verletzten Person

Berufliche Tätigkeit (bitte genau angeben)

Telefon

Straße, Nr., Postleitzahl, Wohnort

Bei Minderjährigen: Zuname, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters

Versicherungssumme in DM

Tagegeld ab Tag	Invalidditäts-Kapital	Invalidditäts-Rente	Tod	Heilkosten	Krankenhaus-Tagegeld	Genesungsgeld

1. Angaben zum Unfall

- a) An welchem Ort, bei welcher Beschäftigung oder mit welchem Fahrzeug ereignete er sich?
- b) Handelt es sich um einen Berufs-/Wegeunfall (lt. RVO) oder sonstigen (privaten) Unfall?
- c) Welche Körperteile sind betroffen und worin bestehen die Verletzungen?
- d) Wie ereignete sich der Unfall? (Bitte ausführlich schildern; wenn Platz nicht ausreicht, besonderes Blatt beifügen)

 Berufs-/Wegeunfall sonstiger Unfall

2. a) Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen?
- b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise?
- c) Welche Polizeidienststelle hat ein Protokoll aufgenommen?
- d) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?
- e) Wurde eine Blutprobe entnommen?

 nein ja
 nein ja Ergebnis: ‰

<p>3. a) Hat die verletzte Person einen Verkehrsunfall erlitten?</p> <p>b) War die verletzte Person Lenker oder Insasse eines Kraftfahrzeuges?</p> <p>c) Hatte die verletzte Person einen Sicherheitsgurt angelegt?</p> <p>d) Amtliches Kennzeichen und Art des Fahrzeuges?</p> <p>e) Anzahl der Insassen einschließlich Fahrer?</p> <p>f) Name des Fahrzeughalters?</p> <p>g) Name und vollständige Anschrift des Fahrers?</p> <p>h) Klasse und Nr. seines Führerscheins?</p> <p>i) Name und Anschrift der anderen Insassen?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Insasse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Insasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja						
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Insasse						
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja						

<p>4. a) Wo befindet sich die verletzte Person?</p> <p>b) Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Bei welchem Arzt?</p> <p>c) Worauf ist das (etwaige) Versäumnis sofortiger ärztlicher Hilfe zurückzuführen?</p> <p>d) Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt? Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen.</p> <p>e) Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes</p> <p>f) Welche Anordnung hat er getroffen?</p> <p>g) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>am</td> <td>um</td> <td>Uhr</td> <td>bei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja,</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>vom</td> <td></td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, seit</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	am	um	Uhr	bei	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,				vom		bis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit		
am	um	Uhr	bei														
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,																
	vom		bis														
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit																

<p>5. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben?</p> <p>b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?</p> <p>c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, seit</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit		

<p>6. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Unfallentschädigung erhalten?</p> <p>b) Bestanden oder bestehen noch weitere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unfallversicherungen? - Lebensversicherungen? - Krankenversicherungen? (gesetzlich oder privat) <p>c) Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, am</td> <td>DM</td> </tr> <tr> <td colspan="3">von:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Vers.-Nr.</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">BG:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">in: Aktenzeichen</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	DM	von:				Vers.-Nr.	Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			BG:			in: Aktenzeichen		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	DM																							
von:																									
	Vers.-Nr.	Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)																							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																									
BG:																									
in: Aktenzeichen																									

7. Wohin sollen fällige Versicherungsleistungen überwiesen werden? Postgiro-, Bank-/Sparkassen-Kto.-Nr.	Name und Ort des Geldinstitutes	Bankleitzahl	Kontoinhaber
--	---------------------------------	--------------	--------------

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinden wir hiermit dem Versicherer gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtigen wir andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, unserem Versicherer Auskünfte zu erteilen.

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person ihre Niederschrift vornimmt. Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben führen auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in alle diesen Vorfälle betreffende Akten einzusehen und ggf. Abschriften anzufertigen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, daß die in diesem Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Vertrags- und Schadendaten ggf. auch von Mit- oder Nebenversicherern gespeichert und an die betroffenen Rückversicherer, an die Versicherer sowie die zuständigen Fachverbände zum gleichen Zweck übermittelt werden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist.

Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Wir sind damit einverstanden, daß die Abwicklung ohne vorherige Information ggf. direkt mit den Geschädigten erfolgen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers