Unfallanzeige

Unfall – Versicherungsfall

Bitte senden Sie uns diese Unfallanzeige innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Bitte fügen Sie auch die unterzeichnete Schweigepflichtentbindungserklärung bei. Vielen Dank.

Versicherungsschein-Nr.	
Schaden-Nr. (füllt ARTUS aus)	

Versicherungsnehmer

Firma	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Versicherte Person

Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Beruf, Tätigkeit Diese Angaben werden gegebenenfalls anonymisiert und in anonymisierter Form zu statistischen Zwecken ausgewertet	

Die Leistungszahlung soll auf folgendes Konto erfolgen

Die Leistungszahlung erfolgt im Regelfall an die versicherte Person (oder Bezugsberechtigte). Ist bei einer Gruppen-Versicherung kein Direktanspruch der versicherten Person mit uns vereinbart und stimmt der Versicherungsnehmer der Zahlung an die versicherte Person nicht zu, bitte Bankverbindung des Versicherungsnehmers angeben.

Bankinstitut	
Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	

ARTUS GRUPPE

Angaben zum Unfallhergang

Unfalldatum / Uhrzeit	
Unfallort	
Der Unfall fand statt	☐ während der Berufsausübung ☐ auf dem Weg von/zur Arbeitsstelle ☐ auf einer Dienstreise ☐ in der Freizeit
Schilderung des Unfalls Bitte genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs und der Ursache (ggf. Zusatzblatt verwenden)	
Gibt es Zeugen?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, Name und Anschrift:
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	☐ Nein ☐ Ja Polizeidienststelle: Tagebuch-Nr:
War die versicherte Person Lenker oder Insasse eines Fahrzeugs? (z.B. Pkw, Motorrad, Luftfahrzeug, Luftsportgerät, Boot)	☐ Nein ☐ Ja, Insasse ☐ Ja, Lenker (Kopie des Führerscheins beilegen) Art des Fahrzeugs: Kennzeichen:
Hat die versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol / Drogen / Medikamente zu sich genommen?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, was, wieviel und in welchem Zeitraum: Wurde eine Blutprobe entnommen: ☐ Nein ☐ Ja, Ergebnis:

Welche Folgen hat der Unfall gehabt? (Art und Umfang der Verletzungen)	
Ärztlichen Behandlung Beginn der ärztlichen Behandlung Letzte Behandlung Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten?	 Datum am: Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes: Datum am: Name und Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes: Von bis ☐ Nein ☐ Ja
Befand sich die versicherte Person in vollstationärer Behandlung? Bitte Kopie des ärztlichen Entlassungsberichtes einreichen	☐ Nein ☐ Ja Von bis Name und Adresse des Krankenhauses:
Litt die versicherte Person vor dem hier gemeldeten Unfall bereits an Krankheiten oder Gebrechen? z.B. Epilepsie, Parkinson, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel- oder Schlaganfall, Blutdruckerkrankung, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden, Krebserkrankung	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, Angabe welche Krankheit oder Gebrechen: Welche Ärzte behandelten die erwähnten Erkrankungen? Bitte Name und Anschrift

Bezieht die versicherte Person eine Rente?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, seit wann: Name und Anschrift des Rententrägers:
Hat die versicherte Person in den vergangenen 5 Jahren Unfälle gehabt, die zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, Datum angeben: Art der Verletzung:
Hat die versicherte Person schon einmal eine Invaliditätsleistung erhalten?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, Datum angeben: Aktenzeichen: Gesellschaft: Anschrift:
Bestehen für die versicherte Person weitere Unfall-versicherungen bei anderen Gesellschaften? z.B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine, etc.	☐ Nein ☐ Ja Bei weiteren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden Gesellschaft: Straße: PLZ / Ort: Vertragsnummer: Aktenzeichen: Name Sachbearbeiter und Telefonnummer:
Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet bzw. der Unfallkasse?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welcher: Anschrift: Aktenzeichen:
Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?	Name: Vertragsnummer:

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust des Ersatzanspruches bewirken können und zwar auch dann, wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben.

Ort, Datum	**Unterschrift**