

# Schadensanzeige Unfall

Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH

Lechstraße 9  
86415 Mering

Tel.: 08233-744840  
Fax: 08233-30556

http:// www.jahundpartner.com  
E-Mail: info@jahundpartner.com



1a) Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

---

---

---

---

Versicherungsnummer

---

Schadensnummer

---

b) Telefonnummer des Versicherungsnehmers

---

Telefonnummer des Versicherten (Verletzten)

---

2a) Vor- und Zuname des Versicherten (Verletzten)

---

b) Straße und Hausnummer

---

c) PLZ und Wohnort

---

d) Geburtsdatum

---

e) Beruf / Beschäftigung

---

f) Zu welchem Unternehmen bestand am Unfalltag  
ein Arbeitsverhältnis?

---

3a) Tag, Uhrzeit und Ort des Unfalls

---

b) Berufsunfall oder Unfall im privaten Bereich?

---

c) Detaillierte Schilderung des Unfallhergangs  
(ggfs. auf gesondertem Beiblatt)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

d) Alkoholgenuss in den letzten 24h vor dem Unfall?  
(Art und Menge der Getränke)

---

e) Blutprobe? (ggfs. ‰)

\_\_\_ nein    \_\_\_ ja    \_\_\_\_\_ ‰

# Schadensanzeige Unfall

Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH

Lechstraße 9  
86415 Mering

Tel.: 08233-744840  
Fax: 08233-30556

[http:// www.jahundpartner.com](http://www.jahundpartner.com)  
E-Mail: [info@jahundpartner.com](mailto:info@jahundpartner.com)



**4a)** Wurde der Unfall einer gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaft) gemeldet? (ggfs. welcher?)

---

**b)** Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? (Dienststelle, Tagebuch-Nr.)

---

**c)** Läuft ein Strafverfahren? Aktenzeichen und Sitz der zuständigen Staatsanwaltschaft

---

**5a)** Zeugen des Unfalls (Name und Anschrift)

---

**b)** Wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen? (wenn kein Zeuge zugegen war)

---

**c)** Hat eine andere Person den Unfall verschuldet? (Wer? Kfz-Kennzeichen? Name und Anschrift?)

---

**6a)** Welche Verletzungen oder sonstigen Gesundheitsschädigungen sind eingetreten?

---

**b)** Hat der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder zu Arbeitsunfähigkeit geführt? (ggfs. für welche Zeitdauer?)

---

**c)** Ist mit einer dauernden Beeinträchtigung zu rechnen? Wie ist die Heilungstendenz? (Verbesserung, Verschlimmerung)

---

**7a)** War der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig, oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden? (welche?)

---

**b)** Erhält oder erhielt der Verletzte eine Rente wegen einer vor dem Unfall entstandenen Behinderung oder Krankheit? (ggfs. von welcher Stelle? Renten-Nr.?)

---

# Schadensanzeige Unfall

Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH

Lechstraße 9  
86415 Mering

Tel.: 08233-744840  
Fax: 08233-30556

[http:// www.jahundpartner.com](http://www.jahundpartner.com)  
E-Mail: [info@jahundpartner.com](mailto:info@jahundpartner.com)



8a) Welcher Arzt hat wann Erste Hilfe geleistet? (Name und Anschrift)

---

b) Name und Anschrift aller behandelnden Ärzte

---

---

---

c) Stationäre Behandlung? (ggfs. Dauer, Name und Anschrift des Krankenhauses. Falls ja, bitte Bescheinigung mit Diagnose einreichen)

---

---

d) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen bzw. voraussichtliche Dauer?

---

9a) Bestehen Unfallversicherungen auch bei anderen Gesellschaften? (ggfs. Name, Anschriften, Versicherungs-Nr. und Versicherungssummen angeben)

---

---

b) Besteht eine private Krankenversicherung? (ggfs. Name und Anschrift der Gesellschaft oder Kasse angeben)

---

c) Hat der Versicherte schon früher eine Entschädigung wegen eines Unfalls erhalten? (ggfs. wann, wie viel, von welcher Gesellschaft?)

---

d) Ist schon einmal eine vom Versicherten beantragte Lebens- oder Unfallversicherung abgelehnt oder zurückgestellt oder eine solche Versicherung vom Versicherten gekündigt worden?

ja       nein

e) Wann wurde zu diesem Vertrag die letzte Prämie entrichtet?

---

# Schadensanzeige Unfall

Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH

Lechstraße 9  
86415 Mering

Tel.: 08233-744840  
Fax: 08233-30556

http:// www.jahundpartner.com  
E-Mail: info@jahundpartner.com



Eine Entschädigung ist zu zahlen an (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

## Entbindung von der Schweigepflicht

Mir / uns ist bekannt, dass die Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH – soweit hier ein Anlass dazu besteht – Angaben über meinen / unseren Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle und frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir / uns beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie(n) ich / wir Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten oder Gesundheitsämtern, die mich / uns in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen / unseren Tod hinaus – und ermächtige(n) sie, der Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder noch stehe. Die Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

**Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder, sowie die von mir gesetzlich mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.**

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten (Verletzten)