

## SCHADENANZEIGE zur Unfall-Versicherung

ECCLESIA  
 UNION  
 VMD

ECCLESIA Gruppe

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_  
 Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer:

Anschrift:

Pfadfinderinnenwerk St. Georg e.V.

Unstrutstr. 10

51371 Leverkusen

Telefon/Telefax:

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

**- Bitte vollständig ausfüllen! -**

- Es handelt sich um eine Erstmeldung  
 Der Schaden wurde bereits  telefonisch  schriftlich  per Telefax  per E-mail  
 am \_\_\_\_\_ gemeldet.

Kunden-Nr.: 34987

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

VB-Nr.:

Vers-Schein-Nr.:

### Verletzter Person

Name, Vorname der verletzten Person

Geburtsdatum der verletzten Person

Berufliche Tätigkeit (bitte genau angeben)

Telefon

Straße, Nr., Postleitzahl, Wohnort

Bei Minderjährigen: Zuname, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters

### Versicherungssumme in €

Tagegeld ab _____ Tag	Invalditäts- Kapital	Invalditäts- Rente	Tod	Heilkosten	Krankenhaus- Tagegeld	Genesungsgeld

### Angaben zum Unfall

1. Unfallort: \_\_\_\_\_

2. Unfall während:

- Kindergarten/Tagesstätte  Schulbesuch  Heimaufenthalt  Freizeit  
 hauptberuflicher Tätigkeit  nebenberuflicher Tätigkeit  ehrenamtlicher Tätigkeit  Honorartätigkeit  
 Beamter  Zivildienstleistender  Sonstige Personen = \_\_\_\_\_  
 Teilnahme an einer Veranstaltung (Veranstaltung = \_\_\_\_\_ )

3. a) Wurde die gesetzliche Unfall-Versicherung eingeschaltet?

a)  ja  nein

b) Welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbehörde für Unfall-Versicherung wurde der Unfall gemeldet?

BG: \_\_\_\_\_  
 in: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

4. Bitte beschreiben Sie den Beruf/die Tätigkeit (s. Pos. 2):

5. Für welche Firma/Institution erfolgte die Tätigkeit (s. Pos. 2)?

6. Unfall auf dem direkten Zu- oder Abweg zu der Tätigkeit bzw. der Veranstaltung?

ja  nein

7. Verletzte Körperteile/Art der Verletzungen?

8. Mögliche Dauerschäden?

9. Ist der Verletzte verstorben?

nein  ja (Bitte informieren Sie uns sofort!)

10. Unfallhergang (welches von außen auf die Person einwirkende Ereignis hat zu dem Unfall geführt?)

<p>11. 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?</p>	<p>a) _____  b) _____  c) _____  d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja = _____  e) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Ergebnis: _____ %</p>												
<p>12. a) Bereits erlittene vorherige Unfälle?  b) Vorerkrankungen/Beeinträchtigungen vor dem Unfall?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____  b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>												
<p>13. a) Wo befindet sich die verletzte Person?  b) Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Bei welchem Arzt?  c) Worauf ist das (etwaige) Versäumnis sofortiger ärztlicher Hilfe zurückzuführen?  d) Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt?  <b>Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen.</b>  e) Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes  f) Welche Anordnung hat er getroffen?  g) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?</p>	<p>a) _____  b) am _____ um _____ Uhr bei _____  c) _____  d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____  e) _____  f) _____  g) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____</p>												
<p>14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben?  b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig?  c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?</p>	<p>a) _____  b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____  c) _____</p>												
<p>15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Unfallentschädigung erhalten?  b) Bestanden oder bestehen noch weitere  - Unfallversicherungen?  - Lebensversicherungen?  - Krankenversicherungen? (gesetzlich oder privat)</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ €  von: _____  <table border="1" data-bbox="815 965 1457 1205"> <thead> <tr> <th data-bbox="815 965 986 1025">b)</th> <th data-bbox="986 965 1139 1025">Vers.-Nr.</th> <th data-bbox="1139 965 1457 1025">Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="815 1025 986 1070"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="986 1025 1139 1070"></td> <td data-bbox="1139 1025 1457 1070"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="815 1070 986 1115"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="986 1070 1139 1115"></td> <td data-bbox="1139 1070 1457 1115"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="815 1115 986 1205"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="986 1115 1139 1205"></td> <td data-bbox="1139 1115 1457 1205"></td> </tr> </tbody> </table></p>	b)	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		
b)	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													
<p>16. Wohin sollen fällige Versicherungsleistungen überwiesen werden?  Bankverbindung (bitte stets angeben)  Die Zahlung soll durch / über de Ecclesia Gruppe auf folgendes Konto erfolgen:</p>	<p>Konto-Nr.: _____ BLZ: _____  Geldinstitut: _____  Kontoinhaber: _____</p>												

**Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinden wir hiermit gegenüber dem Versicherer, dem Versicherungsmakler und dem Versicherungsnehmer bzw. der dazugehörigen Einrichtungen/Institutionen sowie allen mit der Beurteilung beauftragten Personen von ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtigen wir andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, unserem Versicherer Auskünfte zu erteilen.**

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.

**Hinweis:** Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht.

**Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadensfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.**

Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person (ggf. Erziehungsberechtigte)

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte senden Sie die Schadenanzeige an folgende Adresse:

**jugendhaus düsseldorf Versicherungsvermittlungs- und Service GmbH**  
**Carl-Mosterts-Platz 1, 40477 Düsseldorf**