

**Schadenanzeige
Unfall-Versicherung**

Lübcke)

So einfach. So sicher. Sofort.

Versicherungsschein-Nr. _____

Schadenstelle: Ort _____

Versicherungsnehmer/in

Lübcke & Co. GmbH
Assekuranz seit 1925
Flughafenallee 26
28199 Bremen

per Fax: 0421/5969-222

Versicherungsnehmer/in

Versicherte Person

Name: _____
Beruf: _____
Straße: _____
Ort: _____
Geb.-Dat.: _____

Vers.-summen

Todesfall: _____
Invalidität: _____
Tagegeld: _____
Krankenhaus-Tagegeld: _____
Übergangsleistung: _____
Sonstige Leistungen: _____

Unfallort: _____ **Uhrzeit:** _____ **Datum:** _____

Berufsunfall: ja

Freizeitunfall: ja

Schadenhergang: Bitte schildern Sie den genauen Schadenhergang (wenn notwendig Extra-Blatt beifügen)

Angaben zum Unfall / Hergang

Verletzte Körperteile und Art der Verletzung: _____

Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall
alkoholische Getränke zu sich genommen? nein ja

Art und Menge: _____

Polizeiaufnahme erfolgt: nein ja

Dienststelle: _____

Tagebuchnummer: _____

Nur auszufüllen bei Verkehrsunfällen:

Welches Fahrzeug hat die verletzte Person benutzt:

PKW Motorrad Fahrrad Mofa/Moped Keines (Fußgänger)

Amtliches Kennzeichen: _____ Führerscheinklasse und Nr. _____

Austellungsort/Datum: _____

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen:

Datum:

Uhrzeit:

Angaben über ärztliche Behandlung

Name und Anschrift des Arztes:

Stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt:

nein ja

Anschrift:

Aufnahme-/Entlassungstag:

Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes:

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?

nein ja

seit:

Ist die verletzte Person wieder arbeitsfähig?

nein ja

seit:

voraussichtlich ab:

Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten:

nein ja

War oder ist die verletzte Person auch bei anderen Gesellschaften gegen Unfall versichert?

nein ja

Name/Anschrift:

Vertragsnummer:

Angaben zu anderen Versicherungen

Hat die verletzte Person schon früher Ansprüche aus einer privaten Unfallversicherung geltend gemacht?

nein ja

wegen:

Name/Anschrift der Gesellschaft:

Vertragsnummer:

Schadenersatzleistung in EUR:

Welcher Berufsgenossenschaft wurde oder wird der Unfall gemeldet? (ggfs. Anschrift)

Aktenzeichen:

Besteht bei anderen Gesellschaften eine Lebensversicherung?

nein ja

Name/Anschrift der Gesellschaft:

Vertragsnummer:

Welchen Krankenversicherungen gehört die verletzte Person an? (Name und Anschrift)

An wen soll gezahlt werden?

Name/Ort des Geldinstituts sowie Bankleitzahl

Konto-Nr.

Kontoinhaber

Erklärungen und Unterschrift

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechend der Wahrheit. Ich weiß, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen, auch wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Dazu ein Hinweis: Wenn Sie die Unfallanzeige nicht selbst ausgefüllt haben, prüfen Sie bitte bevor Sie unterschreiben, ob alle Angaben richtig sind.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die auch aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergehen. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen und Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Ort/Datum

Versicherte Person

Unterschrift/Stempel Versicherungsnehmer/in