

Schadenanzeige
Unfall-Versicherung

Lübcke)

So einfach. So sicher. Sofort.

Versicherungsschein-Nr. _____

Schadenstelle: Ort _____

Versicherungsnehmer/in

Lübcke & Co. GmbH
Assekuranz seit 1925
Hansastraße 136
81373 München

per Fax: 089-74326-100

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: _____

vom: _____

Versicherungsnehmer/in: _____

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 _____