

Schadensmeldung Unfallversicherung  
(Alle mit \* gekennzeichneten Angaben sind erforderlich.)

Datum: \_\_\_\_\_

An  
Delta GbR Trier  
Finanz- und Versicherungsmakler  
Mike Gangi und Michael Horn  
Eurener Straße 189  
54294 Trier

Tel.: 0651-9981645  
Fax: 0651-9981647

1. Absender

Name: \_\_\_\_\_ \*      Vorname: \_\_\_\_\_ \*  
Straße: \_\_\_\_\_ \*      PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ \*  
Telefon: \_\_\_\_\_ \*      Telefax: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_ \*      E-Mail: \_\_\_\_\_

2. Verletzte Person

Name: \_\_\_\_\_ \*      Vorname: \_\_\_\_\_ \*  
Straße: \_\_\_\_\_ \*      PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ \*  
Telefon: \_\_\_\_\_ \*      E-Mail: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_ \*      Geb.Datum: \_\_\_\_\_ \*  
ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ \*      seit: \_\_\_\_\_ \*

3. Versicherung

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_ \*  
Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ \*

4. Angaben zum Unfallgeschehen \*

Der Unfall ereignete sich am \_\_\_\_\_ \* um \_\_\_\_\_ Uhr \*  
Unfallort \_\_\_\_\_ \*



Ergebnis der Blutprobe: \_\_\_\_\_

Polizeidienststelle \* \_\_\_\_\_  
(Anschrift und Tagebuchnr.)

Staatsanwaltschaft \_\_\_\_\_  
(Anschrift und Aktenzeichen)

## 5. Gesundheitsfragen

Verletzungen und verletzte Körperteile \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig von \_\_\_\_\_ \* bis \_\_\_\_\_ \*

Ärztliche Erstbehandlung durch (Name, Anschrift)? \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stationäre Behandlung von \_\_\_\_\_ \* bis \_\_\_\_\_ \*

Krankenhaus (Name und Anschrift) \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankheiten, Beeinträchtigungen von Körperteilen/Sinnesorganen, Folgen früherer Unfälle?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere Unfallversicherungen, Namen, Anschriften und Versicherungsschein-Nummern:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welcher Berufsgenossenschaft bzw. welchem gesetzlichen Unfallversicherer ist der Unfall gemeldet worden (Name, Anschrift, Aktenzeichen)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir werden Ihre Meldung so schnell wie möglich bearbeiten. Sollten wir Rückfragen haben, werden wir uns bei Ihnen melden.

Mit dem Absenden dieser Schadenanzeige erkläre ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und mir bekannt ist, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches führen, auch wenn dem Versicherer durch die Angaben kein Nachteil entsteht.

Gleichzeitig willige ich ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich in Verbindung mit der beantragten Versicherungsleistung ergeben, an den Rückversicherer sowie an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und andere Versicherer zu Beurteilung der Ansprüche weitergibt. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer weitergegeben werden und an Vertreter, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Auf Wunsch werden mir zusätzliche Informationen zur Datenübermittlung übersandt.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich Vertretene(n) ab, weil er/sie die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann. Im Einzelfall ist es erforderlich, dass der Versicherer neben dieser Schadenmeldung weitere Fragen stellt und um zusätzliche Erklärungen bittet.

---

Datum, Unterschrift