

Schadenanzeige für Unfallversicherung

An die
S.L.P. Vertriebsservice AG
- Abt. Schaden -
Erfenschlager Str. 19
09125 Chemnitz

Versicherungsscheinnummer

Vermittler / Vermittlernummer

1. Versicherungsnehmer

Name: _____ Telefon privat: _____
Straße: _____ Telefon dienstl.: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____

2. Wann ereignete sich der Schaden? Datum: _____ Uhrzeit: _____
3. Wo ereignete sich der Schaden? (vor welchem Haus, wo auf dem Gehsteig/der Fahrbahn, in welcher Wohnung/Gaststätte/Betrieb)

4. Angaben zur verletzten Person

a) Vor- und Zuname: _____
b) Straße, Nr.: _____
c) PLZ/Ort: _____
d) Geburtsdatum: _____
f) Welche Berufstätigkeit übte die verletzte Person zur Unfallzeit aus?
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
g) Seit wann wird diese Tätigkeit ausgeübt?

5. Welcher Art war der Unfall?

- Berufsunfälle – oder bei Kindern Unfälle in der Schule sowie bei schulischen Veranstaltungen – ohne Wegeunfälle (nicht Unfälle von Hausfrauen, die keinen anderen Beruf ausüben).
- Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte, bei Kindern auf dem Weg zur und von der Schule/zu und von schulischen Veranstaltungen.
- Unfälle bei der Tätigkeit für den Haushalt, auch bei Einkäufen.
- sonstige Unfälle (= Unfälle, die weder zum Beruf oder zum Schulbesuch noch zur Tätigkeit für den Haushalt in Beziehung stehen).

6. Welche Personen waren Augenzeugen?

7. Wurde der Unfall polizeilich oder von einer anderen Dienststelle (Berufsgenossenschaft etc.) aufgenommen?

8. Handelt es sich um einen Unfall mit Kfz? ja, Kennzeichen des Kfz: _____ nein
War die verletzte Person Lenker oder Mitfahrer?

9. Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter
a) Alkoholeinfluss? ja, Ergebnis: _____ ‰ nein
b) Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja nein

10. Art der Verletzung?

- a) Welcher Körperteil wurde verletzt? (Ärztliche Diagnose) _____
- b) Beginn der Behandlung: _____
- c) Besteht Arbeitsunfähigkeit? ja, seit: _____ nein
- d) Dauer der Arbeitsunfähigkeit: _____ von: _____ bis: _____
- e) Welche Folgen sind bereits eingetreten? _____
- f) Welche Folgen sind noch zu befürchten? _____

11. Welche(r) Arzt/Ärzte wurde(n) hinzugezogen? [genaue Anschrift(en)]

- a) Wurde der/die Verletzte in ein Krankenhaus eingeliefert? ja nein
Wo? _____
- b) Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung? ja nein
- c) War der/die Verletzte vollständig gesund oder woran litt er/sie? ja nein
(Vorerkrankungen und behandelnden Arzt angeben) _____
- d) Wurde der/die Verletzte bereits früher von Unfällen betroffen? ja nein
- e) Wird eine Rente bezogen? ja, Art: _____ nein
- f) Welche Ärzte (Anschriften/Grund) sind in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen worden? _____

12. Bestehen oder bestanden noch bei anderen Gesellschaften Unfallversicherungen/Unfallzusatzversicherungen?

- ja, bei: _____ VS-Nummer: _____ nein
- Hat die verletzte Person aus früheren Unfällen schon eine Entschädigung erhalten (Art und Höhe)?
- ja, Art: _____ Höhe: _____ nein

13. Überweisung der Versicherungsleistung soll erfolgen auf:

Konto.-Nr.: _____ BLZ: _____

Institut: _____ Inhaber: _____

14. Wie hat sich der Unfall ereignet?

Alle vorstehenden Fragen sind und ggf. weitere werden nach bestem Wissen wahrheitsgetreu beantwortet.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflichts-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretenen _____ ab, die/der Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

PLZ, Ort und Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

bestandsführende Stelle:
S.L.P. Vertriebsservice AG
Gesellschaft für Versicherungsvermittlung, Marketing und Vertriebslogistik
Löfflerstraße 5a – 80999 München – Tel. (0700) 70075724 – E-Mail: info@slpag.de
Kto. 302618089, (BLZ 78020070) Hypovereinsbank, 95011 Hof
Ust-IdNr.: DE202030144
Sitz der Gesellschaft: München HRB: 121246
Vorstand: Christian Sünderwald (Vors.), Andreas Gruschwitz, Christian Henseler
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Bernhard Leutner

Versicherer:
VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV-Platz 1, 30177 Hannover
Sitz der Gesellschaft: Hannover
Registergericht: Amtsgericht Hannover, HRB 57331
Ust-IdNr.: DE115658091
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Uwe H. Reuter
Vorstand: Thomas Voigt (Sprecher), Dr. Per-Johan Horgby,
Jürgen A. Junker, Dietrich Werner