

Schadenanzeige für die Unfallversicherung

Senden Sie uns dieses Formular per Post
oder E-Mail (schaden@slpag.de).

Versicherungsscheinnummer: _____

S.L.P. Vertriebsservice AG
- Abt. Schaden -
Erfenschlager Str. 17-19
09125 Chemnitz

1. Versicherungsnehmer

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

2. Wo ereignete sich der Unfall?

(Ort, Straße, Hausnummer)

3. Wann ereignete sich der Unfall?

Datum: _____ Uhrzeit: _____

4. Angaben zur verletzten Person

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Welche Berufstätigkeit übte die verletzte Person zur Unfallzeit aus?

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Seit wann? _____

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.
- Unfall bei einer 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. Weitere Angaben

Welche Personen waren Augenzeugen? _____

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

Einrichtung/Polizeidienststelle: _____ Aktenzeichen/Tagebuchnummer: _____

War die verletzte Person mit ein Kraftfahrzeug unterwegs? nein ja Kennzeichen des Kfz: _____

Die verletzte Person war Mitfahrer. lenkte das Kraftfahrzeug selbst.

Vermittler: S.L.P. Vertriebsservice AG Gesellschaft für Versicherungsvermittlung, Marketing und Vertriebslogistik / Erfenschlager Str. 17-19 / 09125 Chemnitz
 Sitz der Gesellschaft: Chemnitz / Registergericht: Amtsgericht Chemnitz / HRB: 31176 / IBAN: DE71 7802 0070 0302 6180 97 / BIC: HYVEDEMM424 / UniCredit Bank AG
 Vorstand: Christian Sünderwald (Vors.), Andreas Gruschwitz, Sven Schleicher / Vors. des Aufsichtsrates: Dirk Czaya

Versicherer: VHV Allgemeine Versicherung AG / VHV-Platz 1 / 30177 Hannover
 Sitz der Gesellschaft: Hannover / Registergericht: Amtsgericht Hannover / HRB 57331 / USt-IdNr.: DE815099837 / Versicherungssteuernr.: 809/V90809002150
 Vorstand: Dr. Sebastian Reddemann (Sprecher), Dr. Thomas Diekmann, Sina Rintelmann, Dr. Angelo O. Rohlf, Dr. Sebastian Schulz / Vorsitzender des Aufsichtsrates: Thomas Voigt

Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss? nein ja Messergebnis: _____ Promille

Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? nein ja

7. Art der Verletzung

Welche(r) Körperteil(e) wurde(n) verletzt? (Ärztliche Diagnose) _____

_____ Beginn der Behandlung: _____

Besteht Arbeitsunfähigkeit? nein ja seit: _____

Dauer der Arbeitsunfähigkeit? von: _____ bis: _____

Welche Folgen sind bereits eingetreten? _____

Welche Folgen sind noch zu befürchten? _____

8. Ärztliche Behandlung / Krankheiten

Welche(r) Arzt/Ärzte wurde(n) hinzugezogen? _____ Bitte Namen und genaue Anschrift(en) angeben!

Wurde der/die Verletzte in ein Krankenhaus eingeliefert? nein ja

Wo? _____

Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung? nein ja

War der/die Verletzte vollständig gesund oder woran litt er/sie? nein ja

Angaben zu Vorerkrankungen und behandelndem Arzt _____

War der/die Verletzte bereits früher von Unfällen betroffen? nein ja

Wird eine Rente bezogen? nein ja Art: _____

Welche Ärzte sind in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen worden? _____ Bitte Namen, Anschrift(en) und Grund angeben!

9. Bestehen oder bestanden noch bei anderen Gesellschaften Unfall-/Unfallzusatzversicherungen?

Versicherungsgesellschaft: _____ Versicherungsscheinnummer: _____

Anschrift: _____

Hat die verletzte Person aus früheren Unfällen schon eine Entschädigung erhalten? nein ja

Art: _____ Höhe: _____

10. Überweisung der Versicherungsleistung soll erfolgen auf:

IBAN: _____ BIC: _____

Institut: _____ Inhaber: _____

11. 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 Schweigepflichtentbindung 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.