

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11

97070 Würzburg

Unfall-Schadenanzeige zur Versicherungs-Nr.: _____

Die Beantwortung **aller Punkte** ist unbedingt erforderlich.

Schadennummer: _____

1.	Versicherungsnehmer	Telefon		
	Anschrift			
	Bankverbindung	Konto-Nr.	Bankleitzahl	
2.	Verletzte Person (Vor- und Zuname)	Geburtsdatum	Familienstand	
	Anschrift			
	derzeitiger Beruf und Nebenbeschäftigungen		selbstständig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Arbeitgeber			
3.	Unfalldatum, Unfallzeit und Unfallort?	Datum	Uhrzeit	Unfallort
4.	Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe?	Datum	Uhrzeit	Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses
5.	Stationäre Behandlung im Krankenhaus wegen des Unfalls? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Aufnahmetag	Entlassungstag	Anschrift des Krankenhauses
6.	Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit?	vom	bis	
7.	Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?	Name und Anschrift		
8.	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	Berufsunfall <input type="checkbox"/>		Freizeitunfall <input type="checkbox"/>
9.	Unfallhergang (ausführliche und wahrheitsgemäße Schilderung, ggf. Zeugen angeben)			
10.	Ist der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewußtseinsstörung (Ohnmacht, Schwindelanfall oder dgl.) entstanden?			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
11.	Welche Polizeidienststelle (Anschrift) hat den Unfall aufgenommen?			Aktenzeichen
12.	Hatte der Verletzte Alkohol getrunken oder Drogen konsumiert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Blutprobe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Würzburger Versicherungs-AG

Sitz der Gesellschaft Würzburg, HRB 3500 | Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Ronald Frohne | Vorstand: Dr. Klaus Dimmer, Dirk Guß
Bankverbindungen: Deutsche Bank AG • Konto 0 378 000 BLZ 790 700 16 • Raiffeisenbank Estenfeld-Kürnach-Unterpleichfeld e.G. • Konto 135 100 BLZ 790 630 60

13.	Verletzte Körperteile und Art der Verletzung?	
14.	Erkrankungen, Behinderungen, Leiden, Gebrechen zur Zeit des Unfalles? <input type="checkbox"/> Nein (die versicherte Person war vollständig gesund)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: Behandelnder Arzt:
15.	Vorangegangene Erkrankungen oder Verletzungen des durch den Unfall beeinträchtigten Organs/Körperteils? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Datum und Art aller Erkrankungen und Verletzungen angeben): ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Ja, seit ca. (Datum) <input type="checkbox"/> Nein
16.	Vorangegangene Unfälle des/der Versicherten? <input type="checkbox"/> Nein Falls „Ja“, wurden deswegen Versicherungsleistungen beansprucht?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Datum aller Unfälle und Art der dabei erlittenen Verletzungen angeben): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:
17.	Von welcher Stelle bezieht der Verletzte eine Rente?	Anschrift und Aktenzeichen Erwerbsminderungsgrad %
18.	Bestanden oder bestehen noch weitere Unfallversicherungen?	Anschriften und Versicherungsscheinnummern angeben
19.	Krankenversicherung besteht bei:	(Name, Anschrift)
20.	Welcher Berufsgenossenschaft oder sonstigen gesetzlichen Unfallversicherung gehörte der Verletzte an? Wurde der Unfall dort gemeldet?	Anschrift und Aktenzeichen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
21.	Die folgenden Punkte sind nur bei Kraftverkehrs-Unfällen auszufüllen.	
	Fahrzeugart	Fahrgestell-Nr. amtliches Kennzeichen
	Name des Fahrzeuglenkers	Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wurde eine Blutprobe genommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beifahrer und Insassen (bitte Namen und Geburtsdaten sämtlicher Personen angeben) 1. 2.	

Mir ist bekannt, dass die Würzburger Versicherungs-AG zur Beurteilung der Ansprüche die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung anführe 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 von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

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

Ich versichere, dass alle Fragen auf diesem Vordruck nach bestem Wissen ausgefüllt worden sind und dass ich den Inhalt geprüft habe, sofern jemand anderes das Ausfüllen ganz oder teilweise vorgenommen hat. Ich nehme davon Kenntnis, dass vorsätzlich falsche oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches auch dann führen, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch und dann verantwortlich, wenn ein anderer das Ausfüllen der Schadenanzeige übernommen hat.

Ort und Datum

Unterschrift der verletzten Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Würzburger Versicherungs-AG
Postfach 25 01 52 • 97044 Würzburg
Bahnhofstraße 11 • 97070 Würzburg
Telefon 0931/2795-250 • Telefax 0931/2795-290

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11

97070 Würzburg

Ärztliche Bescheinigung

Unfall-Schaden-Nr. _____

Herr / Frau _____ geb. _____

befand sich vom _____ bis _____

in unserer stationären Behandlung.

Der stationäre Aufenthalt wurde für _____ Tage unterbrochen.

Diagnosen:

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Etwaige Kosten für diese ärztliche Bescheinigung trägt der Patient

Bitte beachten Sie:
die anhängende „Ärztliche Bescheinigung“ lassen Sie

- bei Stationärem Aufenthalt vom Krankenhaus oder
- bei ambulanter Behandlung von Ihrem Arzt

mit Diagnose, Stempel und Unterschrift des Arztes ausfüllen.

Nach Erledigung bitten wir Sie um Rücksendung dieser ärztlichen Bescheinigung zusammen mit der Schadenanzeige.

Bei Rückfragen hierzu können Sie gerne Kontakt per mail mit uns aufnehmen:
leistungsabteilung@wuerzburger.com

Bitte nicht vergessen!

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg
Telefon 09 31/27 95-0
Telefax 09 31/27 95-290
e-mail: info@wuerzburger.com
www.wuerzburger.com