

Merkblatt für den Schadenfall

Schäden sind **unverzüglich** uns oder dem Versicherer zu **melden**.

Beantworten Sie bitte die Fragen in der nachfolgenden Schadenanzeige vollständig und wahrheitsgemäß.

Nach Unfällen muss umgehend ein Arzt hinzugezogen werden, der Umfang und Ursache des Unfalles dokumentiert. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

Treffen Sie mit den behandelnden Ärzten keine individuellen, von der Gebührenordnung abweichenden Honorarvereinbarungen.

Todesfälle sind, inkl. Angabe über die voraussichtliche Todesursache, unverzüglich anzuzeigen, in der Regel innerhalb von 48 Stunden.

Zur Abrechnung des **Krankenhaus-Tagegeldes** wird eine Bescheinigung des Krankenhauses benötigt. Diese Bescheinigung muss zu den üblichen Daten, wie z.B. Name und Anschrift der verletzten Person, noch folgende Daten enthalten:

- Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes
- Grund (Diagnose/Verweis auf Unfalltag)
- Info, ob es sich um einen voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt gehandelt hat
- ggf. Info über evtl. Unterbrechungen des Krankenhausaufenthalts.

Zur Abrechnung des **Tagegeldes** benötigen wir die Erst- sowie die Folgebescheinigungen des behandelnden Arztes. Die Bescheinigungen müssen zu den üblichen Daten, wie z.B. Name und Anschrift der verletzten Person, noch folgende Daten enthalten:

- Grund (Diagnose/Verweis auf Unfalltag)
- Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit
- prozentuale Höhe der Arbeitsunfähigkeit.

Sofern nach 6 Monaten seit Eintritt des Unfalles noch unfallbedingte Beeinträchtigungen der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mehr als 50 % bestehen und diese bis dahin ununterbrochen bestanden haben, muss zur Leistung von **Übergangentschädigung** der Anspruch spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend gemacht und unter Vorlage eines ärztlichen Attests begründet werden.

Zur Invaliditätsleistung bitten wir folgendes zu beachten:

Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht ein Anspruch aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe, wobei sich die Höhe der Leistung nach dem Grad der Invalidität richtet.

Die Invalidität muss spätestens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 3 Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

Der Versicherer kann in jedem Fall die verletzte Person durch von ihm beauftragte Ärzte zur Feststellung der Leistungspflicht untersuchen lassen. Die verletzte Person muss jede weitergehende Auskunft erteilen und auch darauf hinwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten zügig erstattet werden.

Wir werden alles dafür tun, dass der Schaden zu Ihrer Zufriedenheit abgewickelt wird.

Ihre
T & S Versicherungsmakler GmbH

<h1>Unfall-Schadenanzeige</h1>		T&S VERSICHERUNGSMAKLER GMBH · DÜSSELDORF®		Mündelheimer Weg 5 40472 Düsseldorf Fon: 0211 / 422 600-0 Fax: 0211 / 422 600-10 info@ts-versmakler.de	
Name und Anschrift des Versicherungsnehmers (VN)					
Anrede:					
Name:		Versicherer:			
Vorname:		VS-Nr.:			
Straße:		Schaden-Nr.:			
PLZ/ Ort:		AZ VM:			
Angaben zur verletzten Person					
Name: _____					
ggf. abweichende Anschrift: _____					
Geb. am: _____ Verheiratet? _____ Anzahl Kinder: _____ Telefonisch erreichbar unter Nr.: _____					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> nein ja priv.: _____ geschäftl.: _____ </div>					
Beruf und kurze Beschreibung Ihrer Tätigkeit: _____					
Name und Anschrift der Arbeitsstätte: _____					
1. Unfallhergang					
1.1 Unfalltag:		Uhrzeit: _____			
Unfallort: _____					
1.2 Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall:		Ereignete sich der Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit?		Während einer Dienstreise?	
		nein ja		nein ja	
1.3 Wodurch ist der Unfall verursacht worden und wie ist sein Hergang gewesen?					

2. Gesundheits-schädigung					
2.1 Verletzte(r) Körperteil(e)		_____			
2.2 Art der Verletzung(en)		_____			
3. Alkohol					
3.1 Wurden alkoholische Getränke vor dem Unfall getrunken?		Wurde eine Blutprobe entnommen?			
nein ja		nein ja			
4. Verkehrs-unfall					
4.1 Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt:		PKW LKW Moped Motorrad Fahrrad And. Verk.			
Als Fahrer Insasse Soziefahrer					
4.2 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? Dienststelle / Aktenzeichen: _____					
5. Arzt- oder Krankenhaus-behandlung					
5.1 Erste ärztliche Hilfe am / Name + Anschrift:			Weiterbehandlung / Überweisung am / Name + Anschrift:		
_____			_____		
_____			_____		
6. Arbeitsunfähig-keit					
6.1 Ist die verletzte Person arbeitsunfähig geschrieben worden?		6.2 Wenn ja, ab wann arbeitsunfähig:			
nein ja					
6.3 Wie lange wird die verletzte Person voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein?					

6.4 Wird die verletzte Person stationär behandelt?					
nein ja, seit wann?		(voraussichtlich) bis: _____			

7. Vorerkrankungen und Vorunfälle	<p>7.1 Hat die verletzte Person wegen anderer Erkrankungen oder früherer Unfälle in den letzten 5 Jahren einen Arzt zu Rate gezogen oder fanden Krankenhausbehandlungen statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>7.2 Welche Unfälle? (mit Zeitangabe und Art der Verletzung)</p> <p>Am: _____ Art der Verletzung: _____</p> <p>Am: _____ Art der Verletzung: _____</p> <p>Am: _____ Art der Verletzung: _____</p> <p>7.3 Welche Krankheiten? (mit Zeitangabe und Art der Erkrankung)</p> <p>Am: _____ wegen: _____</p> <p>Am: _____ wegen: _____</p> <p>Am: _____ wegen: _____</p>						
8. Renten	<p>8.1 Erhält die verletzte Person eine Kriegsbeschädigtenrente?</p> <p style="margin-left: 40px;">nein <input type="checkbox"/> ja / Kriegsleiden: _____</p> <hr/> <p>8.2 Erhält die verletzte Person eine Berufsgenossenschaftsrente?</p> <p style="margin-left: 40px;">nein <input type="checkbox"/> ja / Art der Verletzung: _____</p> <hr/> <p>8.3 Erhält die verletzte Person eine Invalidenrente?</p> <p style="margin-left: 40px;">nein <input type="checkbox"/> ja / Art der Invalidität: _____</p> <hr/> <p>8.4 Oder wurde vor dem Unfall eine Invalidenrente beantragt?</p> <p style="margin-left: 40px;">nein <input type="checkbox"/> ja / Grund: _____</p>						
9. Andere Versicherungen	<p>9.1 Bestehen zzt. noch weitere Unfall-, Insassenunfall-Versicherungsverträge?</p> <p style="margin-left: 40px;">nein <input type="checkbox"/> ja 1. _____</p> <p style="margin-left: 80px;">2. _____</p> <p style="margin-left: 80px;">3. _____</p> <hr/> <p>9.2 Bestanden Unfallversicherungsverträge?</p> <p style="margin-left: 40px;">nein <input type="checkbox"/> ja 1. _____</p> <p style="margin-left: 80px;">2. _____</p> <hr/> <p>9.3 Bei welcher Berufsgenossenschaft ist die verletzte Person versichert? _____ Wurde der Unfall der BG gemeldet? _____</p> <p style="margin-left: 200px;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>9.4 Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung gehört die verletzte Person an? Mit Krankenhaustagegeld?</p> <p style="margin-left: 40px;">nein <input type="checkbox"/> ja 1. _____</p> <p style="margin-left: 80px;">2. _____</p>						
10. Erklärung	<p>Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.</p>						
11. Schweigepflichts-befreiung § 203 StGB	<p>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 sie von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.</p> <p>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.</p> <p>Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich Vertretene(n) ab, der / die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann/können.</p>						
12. Unterschrift	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;">Ort, Datum</td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;">Unterschrift der verletzten Person / gesetzlicher Vertreter</td> </tr> </table>	Ort, Datum	Unterschrift der verletzten Person / gesetzlicher Vertreter				
Ort, Datum	Unterschrift der verletzten Person / gesetzlicher Vertreter						
13. Konten	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none; vertical-align: top;">Vereinbarte Entschädigungsbeträge sind auf das bezeichnete Konto zu überweisen.</td> <td style="width: 30%; border: none; vertical-align: top;">Konto-Nr. _____</td> <td style="width: 40%; border: none; vertical-align: top;">Bankleitzahl _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; vertical-align: top;">Kreditinstitut _____</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Vereinbarte Entschädigungsbeträge sind auf das bezeichnete Konto zu überweisen.	Konto-Nr. _____	Bankleitzahl _____		Kreditinstitut _____	
Vereinbarte Entschädigungsbeträge sind auf das bezeichnete Konto zu überweisen.	Konto-Nr. _____	Bankleitzahl _____					
	Kreditinstitut _____						

Name, Anschrift und Aktenzeichen erbeten