

Schrömbgens & Stephan GmbH

Versicherungsmakler
– Privatkundenbetreuung –
Uerdinger Straße 58
40474 Düsseldorf

Schrömbgens & Stephan GmbH
Versicherungsmakler

Uerdinger Str. 58
40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 47887-30
Fax: 0211 / 47887-25
Email: service.privatkunden@s-s-vm.de
Internet: <https://privat.s-s-vm.de>

Versicherungsnehmer

Anrede	Vorname	Name	
Postleitzahl, Ort		Straße mit Hausnummer	
Telefon	Telefax	E-Mail	
Geburtsdatum			
Versicherungsgesellschaft		Versicherungsschein-Nummer	Schaden-Nummer

1. Verletzte Person (Bitte je verletzter Person eine separate Schadenanzeige ausfüllen)

Vorname	Name	
Postleitzahl, Ort		Straße mit Hausnummer
Geburtsdatum	Beruf	Ausgeübte Tätigkeit

2. Schadentag/Uhrzeit

--

3. Wo hat sich der Unfall ereignet? (Bitte Anschrift angeben)

--

4. Genaue Schilderung des Unfallhergangs (Bitte nur eigene Wahrnehmung schildern – ggf. gesondertes Blatt verwenden)

--

5.1 Art und Umfang der Verletzung

5.2 Welcher Körperteil ist betroffen?

5.3 Hat die verletzte Person vor dem Unfall

Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Menge	<input type="text"/>	%
Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="text"/>				
Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="text"/>				

5.4 Besteht in Folge des Unfalls Arbeitsunfähigkeit?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	Wie lange voraussichtlich?	<input type="text"/>
-------------------------------	-----------------------------	---	----------------------------	----------------------

5.5 Ist/war eine stationäre Krankenhausaufnahme nötig?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	Wie lange voraussichtlich?	<input type="text"/>
-------------------------------	-----------------------------	---	----------------------------	----------------------

5.6 Behandelnder Arzt oder Krankenhaus für die Erstversorgung

5.7 Aktuell behandelnder Arzt oder Krankenhaus

6.1 Erlitt die verletzte Person den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? nein ja unbekannt

6.2 Bei Verkehrsunfällen: Besaß der Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis? nein ja unbekannt

6.3 Bei Verkehrsunfällen: Besaß der Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis? nein ja unbekannt

6.4 Sofern ein Dritter am Unfall beteiligt war und als Unfallverursacher in Frage kommt (Bitte folgende Angaben machen)

Name, Vorname	<input type="text"/>	Anschrift	<input type="text"/>
---------------	----------------------	-----------	----------------------

Bei Jugendlichen bitte zusätzlich angeben

Geburtsdatum	<input type="text"/>	Erziehungsberechtigter	<input type="text"/>
--------------	----------------------	------------------------	----------------------

6.5 Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	Versicherer und Versicherungsschein-Nummer	<input type="text"/>
-------------------------------	-----------------------------	---	--	----------------------

6.6 Welche Zeugen können Sie benennen?

Name (Zeuge 1)	<input type="text"/>	Name (Zeuge 2)	<input type="text"/>
Anschrift (Zeuge 1)	<input type="text"/>	Anschrift (Zeuge 2)	<input type="text"/>

6.7 Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	Behörde und Aktenzeichen	<input type="text"/>
-------------------------------	-----------------------------	---	--------------------------	----------------------

