



## Schadenanzeige Unfall

THW-Jugend

Versicherungsscheinnr.: 52.102.292.67

Vers. gesellschaft: ARAG SE

Schadenort: \_\_\_\_\_

Ortsverband: \_\_\_\_\_

Schadentag: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel./ Fax: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie jede Frage wahrheitsgemäß und so genau wie möglich. Beachten Sie: Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben haben auch dann den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge, wenn sie für die Schadensfeststellung folgenlos geblieben sind und wenn uns dadurch kein Nachteil entsteht.**

### Angaben zum Schadensfall

Schadenschilderung: (Bitte möglichst ausführlich und ggf. Skizze/ Fotos beifügen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Benutzte der Verletzte ein Kraftfahrzeug?  ja /  nein  Pkw  KRAD  \_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Sicherheitsgurt angelegt?  ja /  nein

War er Fahrer?  ja /  nein Führerscheindaten: \_\_\_\_\_

Befand sich das Fahrzeug in verkehrssicherem Zustand?  ja /  nein

Welche Mängel hatte es? \_\_\_\_\_

War er Fahrgast?  ja /  nein Zahl der Insassen einschließlich Fahrer: \_\_\_\_\_

Polizeiliche Aufnahme?  ja /  nein

Dienststelle/ Aktenzeichen - ggf. auch Staatsanwaltschaft: \_\_\_\_\_

Hatte der Verletzte Alkohol zu sich genommen?  ja /  nein Blutprobe  ja /  nein \_\_\_ Promille

Art und Menge des Alkohols \_\_\_\_\_

In welchem Zeitraum vor dem Unfall wurden diese Getränke aufgenommen? \_\_\_\_\_

Hauptberufliche Tätigkeit des Verletzten in der Zeit vor dem Unfall \_\_\_\_\_

Nebenberufliche Tätigkeit des Verletzten in der Zeit vor dem Unfall \_\_\_\_\_

Gehörte der Verletzte einer militärischen Einheit an? \_\_\_\_\_

Welcher Art sind die Unfallverletzungen? \_\_\_\_\_



Welche Folgen hatte der Unfall? \_\_\_\_\_

Beginn der ärztlichen Behandlung \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Ersthelfers \_\_\_\_\_

Jetzt behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Behandlungsdauer \_\_\_\_\_

Besteht Arbeitsunfähigkeit?  ja /  nein

Krankenhausaufenthalt  ja /  nein von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Anschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Arbeitsunfall  ja /  nein

Anschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Zuständige Berufsgenossenschaft \_\_\_\_\_

Bei tödlichem Ausgang: Wann und wo ist der Tod eingetreten? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt stellte den Tod fest? \_\_\_\_\_

War der Verletzte vor dem Unfall gesund?  ja /  nein

An welchen Krankheiten oder Gebrechen litt der Verletzte vor dem Unfall? \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt war der Verletzte im letzten Jahr in Behandlung? \_\_\_\_\_

Bezog der Verletzte vor dem Unfall Rente?  ja /  nein \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte kriegsversehrt?  ja /  nein \_\_\_\_\_

Ist oder war der Verletzte auch noch bei anderen Gesellschaften unfallversichert?  ja /  nein \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte krankenversichert?  ja /  nein \_\_\_\_\_

Wohin soll eine eventuelle Entschädigung gezahlt werden?

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Generell gilt: schnellstmögliche Meldung an die Bundesgeschäftsstelle der THW-Jugend**