Breite Strasse 6-8
30159 Hannover

Fon: 0511/353985-60/-80
Fax: 0511/353985-66/-88
www.clickvers.de

JODEXNIS® seit 1952
Versicherungsmakler GmbH

Schadenanzeige

- Unfallversicherung -

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift)

Bitte schnellstmöglich zustellen an

Breite Strasse 6-8 **30159 Hannover**

Fon: 0511/353985-60/-80
Fax: 0511/353985-66/-88
www.clickvers.de

Verletzte Person:

Name, Anschrift:

Geburtsdatum:

Beruf:

Unfallereignis

Unfalltag

Uhrzeit (0-24)

Unfallort (genaue Bezeichnung mitRäumlichkeit, Strasse, Hausnummer, usw.)

Schilderung des Unfallhergangs:

Fortsetzung bitte auf Beiblatt

Lag Alkoholgenuss vor?

☐ ja / nein ☐

Blutprobe?

☐ ja / nein ☐

ggf. Ergebnis: ‰

Breite Strasse 6-8
30159 Hannover

Fon: 0511/353985-60/-80
Fax: 0511/353985-66/-88
www.clickvers.de

JODEXNIS® seit 1952
Versicherungsmakler GmbH

Schadenanzeige

- Unfallversicherung -

Bei Versicherungsfällen im Verkehrs- und Fahrzeugbereich bitte zusätzlich ausfüllen:

Welches Fahrzeug fuhren Sie oder die mitversicherte Person?

Amtliches Kennzeichen _____ Fahrzeugart (bei LKW - zulässige Nutzlast) _____

Wann auf Versicherungsnehmer oder Mitversicherten zugelassen _____

Es handelt sich um ☐ eine Taxe ☐ ein Selbstfahrvemietfahrzeug

Vollkasko bei _____ Versicherungsnummer _____ Selbstbeteiligung _____ €

Auf wessen Namen war das Fahrzeug zugelassen?

Name _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____ seit _____

Wer lenkte das Fahrzeug zur Zeit des Versicherungsfalles?

Name _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____ seit _____

Führerscheinklasse _____ Ausstellungstag _____ Behörde _____

Fuhr mit Einverständnis des Fahrzeughalters? ☐ ja / nein ☐ _____

Wie viele Fahrzeuge waren zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles auf Ihren Namen zugelassen?

Anzahl der zugelassenen Fahrzeuge _____ ggf. bei welchen sonstigen Versicherungsnehmern? _____

Welches Fahrzeug fuhr der Unfallgegner?

Name des Unfallgegners _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____ amtliches Kennzeichen seines Fahrzeuges _____

Halter des Fahrzeuges _____

Haftpflichtversicherung und Versicherungsscheinnummer _____

Breite Strasse 6-8
30159 Hannover

Fon: 0511/353985-60/-80
Fax: 0511/353985-66/-88
www.clickvers.de

JODEXNIS® seit 1952
Versicherungsmakler GmbH

Schadenanzeige

- Unfallversicherung -

Bei Versicherungsfällen im Verkehrs- und Fahrzeugbereich bitte zusätzlich ausfüllen:

Wie hat sich der Versicherungsfall zugetragen? Wie ist es zu der Streitigkeit gekommen?

Welche Zeugen sind vorhanden?

Besteht noch eine weitere Rechtsschutzversicherung?

☐ nein ☐ ja, für das Fahrzeug ☐ ja, für den Fahrer ☐ ja, für den Arbeitgeber ☐ ja, für den Arbeitnehmer

☐ ja, über die Gewerkschaft

Name des Versicherungsnehmers

Name des Rechtsschutzversicherers

Versicherungsschein-Nummer

Haben Sie schon einen Rechtsanwalt beauftragt? ☐ ja / nein ☐

Name

Strasse

PLZ Ort

Überlassen Sie uns die Auswahl des Rechtsanwaltes? ☐ ja / nein ☐ Klage beifügen

ggf. welchen Rechtsanwalt sollen wir in Ihrem Namen beauftragen?

Name

Strasse

PLZ Ort

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (nicht der mitversicherten Person)

Breite Strasse 6-8
30159 Hannover

Fon: 0511/353985-60/-80
Fax: 0511/353985-66/-88
www.clickvers.de

JODEXNIS® seit 1952
Versicherungsmakler GmbH

Schadenanzeige

- Unfallversicherung -

Verletzungen

Art der Verletzungen

☐ Ambulante Behandlung ☐ Krankenhausbehandlung

Arzt oder Krankenhaus?

Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

Polizeilich festgestellt am

Polizeidienststelle

Tagebuch-Nummer

Verfahren gegen

Waren Sicherheitsgurte angelegt? ☐ ja / nein ☐

Gesamtzahl der Insassen einschliesslich Fahrer

Allgemeine Fragen

Sind Sie noch anderweitig unfallversichert? ☐ ja / nein ☐

Versicherer

Strasse

PLZ Ort

Versicherungsschein-Nummer

Versicherungssummen

€ für den Todesfall € für den Invaliditätsfall

€ für Unfall-Krankenhaustagegeld € für den Invaliditätsfall

€ für den Tagegeld vom Tag

Breite Strasse 6-8
30159 Hannover

Fon: 0511/353985-60/-80
Fax: 0511/353985-66/-88
www.clickvers.de

JODEXNIS® seit 1952
Versicherungsmakler GmbH

Schadenanzeige

- Unfallversicherung -

Haben Sie den Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?

☐ nein ☐ ja, der...

_____

_____

_____
Aktenzeichen

Haben Sie schon früher einmal einen Unfall erlitten?

☐ nein ☐ ja, am _____
Datum

Verletzungen

_____

_____

_____
Aktenzeichen

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. Das gilt auch für etwaige bereits bestehende Krankheiten oder Gebrechen.

Diese Schweigepflicht-Entbindung 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 den/die von mir gesetzlich vertretene/n _____
ggf. Name

ab, der/die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers