


<b>Unfall-Schadenanzeige</b>		 <small>Postfach 10 16 88 41416 Neuss  MARKT 36 41460 NEUSS  Fon: 02131/17019-0 41460 NEUSS  info@tharra-partner.de www.tharra-partner.de</small>	
Name und Anschrift des Versicherungsnehmers (VN)			
Anrede:			
Name:		Versicherer:	
Vorname:		VS-Nr.:	
Straße:		Schaden-Nr.:	
PLZ/ Ort:		AZ VM:	
<b>Angaben zur verletzten Person</b>			
Name:			
ggf. abweichende Anschrift:			
Geb. am:		Verheiratet?	Anzahl Kinder:
		priv.:	Telefonisch erreichbar unter Nr.:
		nein ja	geschäftl.:
Beruf und kurze Beschreibung Ihrer Tätigkeit:			
Name und Anschrift der Arbeitsstätte:			
<b>1. Unfallhergang</b>			
1.1 Unfalltag:		Uhrzeit:	
Unfallort:			
1.2 Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall:		Ereignete sich der Unfall <b>auf dem Wege</b> von oder zur Arbeit?	Während einer Dienstreise?
		nein ja	nein ja
1.3 <b>Wodurch</b> ist der Unfall verursacht worden und <b>wie</b> ist sein Hergang gewesen?			
<b>2. Gesundheits-schädigung</b>			
2.1 Verletzte(r) Körperteil(e)			
2.2 Art der Verletzung(en)			
<b>3. Alkohol</b>			
3.1 Wurden <b>alkoholische</b> Getränke vor dem Unfall getrunken?		Wurde eine Blutprobe entnommen?	
nein ja		nein ja	
<b>4. Verkehrs-unfall</b>			
4.1 <b>Welches</b> Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt:		<b>PKW</b>	<b>LKW</b>
Als Fahrer Insasse Soziausfahrer		<b>Moped</b>	<b>Motorrad</b>
		<b>Fahrrad</b>	<b>And. Verk.</b>
4.2 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? Dienststelle / Aktenzeichen:			
<b>5. Arzt- oder Krankenhaus-behandlung</b>			
5.1 Erste ärztliche Hilfe am / Name + Anschrift:		Weiterbehandlung / Überweisung am / Name + Anschrift:	
<b>6. Arbeitsunfä-higkeit</b>			
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 <b>voraussichtlich</b> noch arbeitsunfähig sein?			
6.4 Wird die verletzte Person <b>stationär</b> behandelt?			
nein ja, seit wann?		(voraussichtlich) bis:	

