

Unfall-Schadenanzeige		 THARRA PARTNER VERSICHERUNGSMAKLER <small>Postfach 10 16 33 41416 Neuss Drususallee 81 41460 Neuss Fon: 02131/17019-0 Fax: 02131/17019-19 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:		
Angaben zur verletzten Person			
Name:			
ggf. abweichende Anschrift:			
Geb. am:	Verheiratet?	Anzahl Kinder:	Telefonisch erreichbar unter Nr.:
	nein ja		priv.: geschäftl.:
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. Arbeitsunfähigkeit			
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:	

