

## Unfall/FB Unfall Schaden

(ggf. Verletzungs- u. Behandlungsnachweise (z.B. ärztl. Befund-/Behandlungs-/Entlassungsbericht) beifügen und vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück an unten stehenden Kontakt)

ggf. Aktenzeichen des VN

Versicherungsscheinnummer		Schadensnummer (nur im Fall einer Nachmeldung zum Schaden befüllen)	
Unfalltag		Unfallort (Länderkennzeichen, Anschrift und PLZ)	
Versicherungsnehmer/Firma		Versicherte Person (Zuname, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort <small>Kommunikationsdaten des Versicherungsnehmers ggf.</small>		PLZ, Ort <small>Kommunikationsdaten der versicherten Person ggf.</small>	
Telefon	Fax	Telefon	Fax
ggf. Ansprechpartner		Berufliche Tätigkeit der versicherten Person	
E-Mail		E-Mail	
Zahlung an Geldinstitut	BIC	IBAN	Kontoinhaber

Unfallschilderung

Verletztes Körperteil und Art der Verletzung

Wann fand die Erstbehandlung statt? Bitte Datum, Uhrzeit und Arzt bzw. Krankenhaus angeben  
 Erfolgte diese stationär? Bitte ggf. den Zeitraum eingeben: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Fanden weitere Behandlungen statt? Bitte Datum, Uhrzeit und Arzt bzw. Krankenhaus angeben  
 Erfolgte diese stationär? Bitte ggf. den Zeitraum eingeben: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Frühere Unfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
		ggf. wann und welche?
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
		ggf. seit wann und welche?
Weitere Unfallversicherungen bei der Allianz (auch erloschene)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
		ggf. welche?
Weitere Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften (auch erloschene)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
		ggf. welche?
Wurde der Unfall polizeilich gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte ankreuzen:
Hadte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Unfall bei Tätigkeit im Haushalt
		<input type="checkbox"/> Berufs- oder Schulunfall
		<input type="checkbox"/> Wegeunfall (von/zur Arbeitsstelle oder Schule)
		<input type="checkbox"/> Unfall im häuslichen Bereich ohne Bezug zum Haushalt
		<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall

ausfüllende Person (Vorsitzender) in Druckbuchstaben \_\_\_\_\_ verletzte Person (ggf. ges. Vertreter) in Druckbuchstaben \_\_\_\_\_

Unterschrift ausfüllende Person \_\_\_\_\_ Unterschrift verletzte Person (ggf. ges. Vertreter) \_\_\_\_\_

Unfallanzeige-JueheundJuehe - gültig bis 31.12.2023