

Unfallanzeige BdP zum Vertrag HV 1444/5100

BdP-Ebene:

Stammesnummer: PLZ, Ort:
Name, Vorname: Telefon:
Straße: Telefax:
E-Mail:

Verletzte Person:

Name: Geb.-Dat:
Straße: Telefon:
PLZ, Ort: Telefax:
Beruf: E-Mail:
Tätigkeit im BdP (z.B. Leiterin):

Unfallzeit Datum Uhrzeit
Unfallort

Bei welcher Tätigkeit / Beschäftigung erlitt
der verletzte den Unfall

Ereignete sich der Unfall während einer
BdP – Aktivität • ja, bei • nein

Stand der Verletzte unter Alkohol-,
Medikamente- oder Drogenwirkung

Unfallursache und Schilderung

Wer war Zeuge:
(komplette Anschrift, Telefon)

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen und wenn ja, welche Dienststelle

Verletzte/s Körperteil/e

Art der Verletzung/en

An welchem Tag begab sich die verletzte Person in ärztliche Behandlung

Ambulant:

Stationär:

Name & Anschrift des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhaus

Welche Ärzte oder Krankenhäuser wurden Wegen der Unfallfolgen außerdem noch in Anspruch genommen

Welche Zeit wird das Heilverfahren nach Ansicht des Arztes andauern

In welchem Umfang konnte die verletzte Person nach dem Unfall Ihren Beruf bzw. Beschäftigung ausüben

Leidet oder litt die verletzte Person an einer Krankheit oder Gebrechen

• nein

• ja, an

Welche Ärzte haben die Person deshalb Behandelt (Anschrift)

Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten?

• nein

• ja, welche

Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung?

• nein

• ja, welche

Wodurch & in welchem Grad % ?

Bestehen weitere Unfallversicherungen?
Wenn ja, welche Gesellschaft mit Vers.-Nr.

An wen soll eine Entschädigung ausbezahlt werden

Kontonummer:

Kontoinhaber/in:

Bankleitzahl:

Institut:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder sich aus den von mir eingereichten Unterlagen oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenstellen, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die in der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Fall meines Todes die genannten Personen. Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; außerdem für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehende Versicherungen beantragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich als gesetzlicher Vertreter ab für: _____
Die / Der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____
Versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter

Abschließende Hinweise

- √ **Füllen Sie alle Felder aus.**
- √ **Reichen Sie (wenn möglich) alle Unterlagen gemeinsam ein.**
- √ **Geben Sie bei Rückfragen immer Ihre Stammesnummer, sowie Art und Datum des Schadens an.**

Zurücksenden an:

STEDO Assekuranzbüro GmbH
Schadenabteilung
Ostendstraße 198

90482 Nürnberg

Telefon: 0911/9541994

Telefax: 0911/9541999

E-Mail: bdp@stedo.com