

Schadenanzeige für Unfall- und Insassenunfallschäden

**AFB GmbH
Kaistraße 13
40221 Düsseldorf**

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:
Kundennummer:
Schadennummer (soweit bereits bekannt):

1. Versicherte Person:	
Name, Vorname: _____	Beruf: _____
Straße, Nr.: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ, Ort: _____	Telefon: _____
2. Unfallzeitpunkt: am _____ um _____ Uhr	
3. Unfallhergang (ggfs. auf gesondertem Blatt): _____ _____	
4. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Art der Verletzung?	_____
6. Erfolgte eine stationäre Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Attest <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
7. Hat der / die Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgendes: _____
8. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: _____ Aktenzeichen: _____
9. Welche gesundheitlichen Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen bestanden bereits vor dem Unfall?	_____
10. Wird Rente bezogen oder läuft ein Rentenverfahren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen _____
11. Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen, auch Gruppenversicherungen, bei anderen Gesellschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ Versicherungsnummer: _____
12. Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen:	Besaß der Fahrer einen gültigen Führerschein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Hatte der / die Verletzte den Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Anzahl der Insassen?	_____

Ort

Datum

Unterschrift