

Schadenanzeige für Unfall- und Insassenunfallschäden



AIA AG
Postfach 190145
40111 Düsseldorf

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:
Versicherungsscheinnummer:
Schadenummer:

1. Versicherte Person:	
Name, Vorname: _____	Beruf: _____
Straße, Nr.: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ, Ort: _____	Telefon: _____
2. Unfallzeitpunkt: am _____ um _____ Uhr	
3. Unfallhergang: _____ _____ _____	
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? _____	

SA UV / 03.2014

Ort

Datum

Unterschrift