

Unfallanzeige für die DPSG im Vertrag HV 1400 / HV 1401

DPSG-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 in der DPSG (z.B. Leiter):

Unfallzeit Datum: Uhrzeit

Unfallort

Bei welcher Tätigkeit / Beschäftigung erlitt
der verletzte den Unfall

Ereignete sich der Unfall während einer
DPSG - Aktivität O ja, bei nein

Stand der Verletzte unter Alkohol-,
Medikamenten- oder Drogenwirkung

Unfallursache und Schilderung

Wer war Zeuge:
(komplette Anschrift, Telefon)

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

Verletzte/r Körperteil/e

Art der Verletzung/en

An welchen Tag begab sich die verletzte Person in ärztliche Behandlung

Ambulant:

Stationär:

Name und 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 und in welchem Grad %?

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

An wenn sdl der Schaden ausbezahlt werden

Kontonummer:

Kontoinhaber/in:

Bankleitzahl:

Institut:

Weiter auf der nächsten Seite

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die 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 betragt werden dürfen.

Dies 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 die Art und Datum des Schadens an.**

Zurücksenden an:

STEDO Assekuranzbüro GmbH
Schadenabteilung
Ostendstr. 198

90482 Nürnberg

Telefon: 0911/9541995

Telefax: 0911/9541999

E-Mail: info@stedo.com