

Generali Versicherungen
Filialdirektion Leipzig
Wintergartenstr. 11
04103 Leipzig
Tel.: 0341-21209 4963/4964



Generali . **Versicherung AG**

Generali Lloyd Versicherung AG, 80223 München

Versicherungs-
nehmer

Straße, Haus-Nr.
oder Postfach

PLZ, Ort

Eingangsdatum

VGS (INA) (Zweig) Schadenjahr

R

Vermittlernummer:

Versicherungsschein-Nr.: Schadennummer:

Unfall Schadenanzeige

Geburtsdatum Beruf

Bankverbindung (Kto, BLZ, Kto.-Inhaber)

Telefon Telefax

Versicherter/Unfallverletzter

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Versicherungssummen

Todesfallsumme: _____ Invaliditätsleistung: _____

Tagegeld: _____ Unfallrente: _____

Krankenhaustagegeld: _____ Heilkosten: _____

Genesungsgeld: _____

Angaben zum Unfall

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Schadenort: _____

Wie ereignete sich der Unfall?

Bitte genau und ausführlich schildern. Wenn der Platz nicht ausreicht, ein gesondertes Blatt verwenden!

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? nein ja

Von welcher Polizeidienststelle: _____ Aktenzeichen: _____

Zuständige Staatsanwaltschaft: _____ Aktenzeichen: _____

Benutzte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt ein Kraftfahrzeug? nein ja Pkw Krad

Sonstiges: _____ Polizei. Kennzeichen: _____

Hatte der Verletzte den Sicherheitsgurt angelegt? nein ja War er Fahrer? nein ja

Klasse, ausstellende Behörde und Ausstellungsdatum des Führerscheins: _____

War er Fahrgast? nein ja Zahl der Insassen einschl. Fahrer? _____

Hat der Verletzte Alkohol zu sich genommen? nein ja Blutprobe? nein ja, Promille: _____

Art und Menge des Alkohols: _____

In welchem Zeitraum vor dem Unfall wurden diese Getränke aufgenommen? _____

Welcher Art sind die Unfallverletzungen? _____

Beginn der ärztlichen Behandlung: _____

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes: _____

Jetzt behandelnder Arzt? (Name und Anschrift): _____

Besteht Arbeitsunfähigkeit: nein ja von _____ bis _____

Krankenhausaufenthalt: nein ja von _____ bis _____

Anschrift des Krankenhauses: _____

Welche hauptberufliche Tätigkeit übte der Verletzte in der Zeit vor dem Unfall aus? _____

Hatte der Verletzte neben seinem Hauptberuf noch einen weiteren Erwerb? _____

Gehörte der Verletzte zum Unfallzeitpunkt einer militärischen Einheit an? _____

Sind Sie persönlich kraft Gesetzes (oder freiwillig) gegen Arbeitsunfälle versichert? ja nein

Bei selbständiger Berufsausübung bitte Bescheinigung der Berufsgenossenschaft oder des Steuerberaters beifügen.

Anschrift der BG.: _____ Mitglieds-Nr.: _____

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft (öffentl.-rechtl. Unfallversicherer) gemeldet? ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Arbeitsunfall? nein ja

Bei tödlichem Ausgang: wann und wo ist der Tod eingetreten? _____

Welcher Arzt hat den Tod festgestellt? (Name und Anschrift): _____

War der Verletzte bis zum Unfall völlig gesund? nein ja

An welchen Krankheiten oder Gebrechen hat der Verletzte vor dem Unfall gelitten? _____

Frühere Unfallverletzungen (verletzte Körperteile, Art der Verletzung, welche Folgen sind verblieben)? _____

Bei welchem Arzt stand der Verletzte im letzten Jahr in Behandlung? _____

Bezieht oder bezog der Verletzte vor dem Unfall Rentenzahlungen? nein ja

Grund des Rentenbezugs: _____

Ist oder war der Verletzte auch noch bei anderen Gesellschaften unfallversichert? nein ja

Vers.-Nummern: _____ Gesellschaften: _____

Ist der Verletzte gegen Krankheit versichert? nein ja

Bei welcher Gesellschaft? _____

Welche Versicherungen bestehen noch bei unserer Gesellschaft? _____

Unterschriften

Der Versicherungsnehmer ist zu wahrheitsgemäßen und vollständigen Angaben verpflichtet. Die Gesellschaft wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig, unvollständige oder wahrheitswidrige Angaben oder sich einer arglistigen Täuschung schuldig macht. Bei vorsätzlich falschen Angaben tritt diese Rechtsfolge auch dann ein, wenn dadurch weder die Feststellung oder der Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistungen beeinflusst wird.

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der Gesellschaft Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____ Unterschrift der versicherten Person _____