

- Württembergische Gemeinde-Versicherung a.G.**
 WGV-Schwäbische Allgemeine Versicherung AG

Postanschrift: WGV Versicherungen, 70164 Stuttgart
Telefon: (07 11) 16 95 - 15 20, Telefax: (07 11) 16 95 - 62 41
Internetadresse: <http://www.wgv-online.de>



1. Versicherungsnehmer:

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Evang. Kirchengemeinde
Gymnasiumstr. 36
70174 Stuttgart

Schadensnummer

Versicherungsscheinnummer

Telefon geschäftlich

Telefon privat

Telefax

E-Mail

2. Zahlungsempfänger:

Kontonummer

Bankinstitut

Bankleitzahl

Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Unfall-Schadenmeldung

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, selbst wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!

3. Angaben zum Verletzten:

Vor- und Zuname des Verletzten

Geburtsdatum

Ausgeübter Beruf

Anschrift

4. Angaben zum Unfall

Wann hat sich der Unfall ereignet?

Datum

Uhrzeit

Wo hat sich der Unfall zugetragen?

Welche Verletzungen sind bei dem Unfall eingetreten?

5. Schilderung des Unfalles:

(Bitte Ursache und Hergang ausführlich schildern)

5. Fortsetzung zur Schilderung des Unfalles:

(Bitte Ursache und Hergang ausführlich schildern)

6. Unfallzeugen:

Name, Anschrift

Polizeiliche Aufnahme:

nein ja, durch

Anschrift/Tagebuch-Nummer

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

nein ja, Glas gegen Uhr

Wurde eine Blutprobe entnommen?

nein ja, ggf. Ergebnis ‰

7. Angaben über die ärztliche Behandlung:

Wann und von welchem Arzt wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

--

Bei welchen Ärzten erfolgte die Weiterbehandlung (Namen/Anschriften)?

Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden?

nein ja, vom bis

Anschrift des Krankenhauses:

Sofern ein Krankenhaustagegeld zusätzlich mitversichert ist, bitte ärztl. Bescheinigung über die Dauer der stationären Behandlung mit Diagnose beifügen.

8. Angaben über Dauerschaden

Ist mit einem unfallbedingten Dauerschaden zu rechnen?

nein ja noch nicht bekannt

9. Frühere Unfälle

Hat der Verletzte schon früher Unfälle erlitten?

nein ja, wann

Welche Verletzungen lagen vor?

Invaliditätsgrad (bitte in Prozent angeben!)

 %

Bestanden bei dem Verletzten in der Vergangenheit Krankheiten oder Gebrechen?

nein ja, welche

10. Bestehen weitere private Unfallversicherungen?

Wenn ja, bei welchen Gesellschaften

nein ja

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft mit Versicherungsschein- oder Schadennummer

Hat der Verletzte bereits früher aus einer Unfallversicherung eine Leistung erhalten?

nein ja, wann

von wem

11. Welche Krankenkasse?

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Name und Anschrift

Sofern die Unfallversicherung über den Arbeitgeber oder die Gemeinde besteht, bitte Nr. 12 beantworten.

12. Dienst- bzw. Arbeitsunfall?

Handelt es sich um einen Dienst- bzw. Arbeitsunfall?

nein ja

Wenn ja, Bestätigung des Unfallversicherers vorlegen.

Die obigen Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt erkläre ich mich verantwortlich und verbürge mich für die Richtigkeit der Angaben auch insofern, als sie nicht von mir niedergeschrieben sind.

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 (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten, bzw. des gesetzl. Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers