

An die  
TRIAS Versicherung AG  
Abteilung Leistungsprüfung

80326 München

## Unfall-Schaden-Anzeige Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

---

### Wichtiger Hinweis:

*Bitte beantworten Sie unbedingt sämtliche Fragen vollständig, richtig und nach bestem Wissen. Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu einer Minderung des Leistungsanspruchs bis hin zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen.*

---

**1. Versicherungsnehmer (Namen und Anschrift):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Geldinstitut: \_\_\_\_\_

**2. Verletzte Person:**

Namen: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**3. Unfalltag:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**4. Unfallort:** \_\_\_\_\_

**5. Bei welcher Tätigkeit geschah der Unfall?** \_\_\_\_\_

**6. Wo hielt sich der Verletzte in den letzten Stunden vor dem Unfall auf?**

**7. Ausführliche Schilderung des Herganges und der Ursache: (Ggf. Beiblatt verwenden)**

**8. Verletzungen:**

**9. Anschrift von Augenzeugen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**10. Falls keine Zeugen zugegen waren, wer hat den Verletzten unmittelbar nach dem Unfall gesehen?**

\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**11. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?**

\_\_\_\_\_

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

ja  nein

Alkoholart (Bier, Wein, usw.): \_\_\_\_\_

Trinkdauer (von/bis): \_\_\_\_\_

**13. Bei Kraftfahrzeugunfällen:**

a) Fahrzeugeigentümer: \_\_\_\_\_

b) Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_

c) Fahrzeuglenker: \_\_\_\_\_

d) Führerschein des Lenkers:

Klasse: \_\_\_\_\_ Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**14. Wann wurde wegen des Unfalles erstmals ein Arzt beigezogen?**

Datum: \_\_\_\_\_ Namen: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**15. Stationäre Behandlung:**

Vom: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich): \_\_\_\_\_

Krankenhaus (Abteilung): \_\_\_\_\_

**16. Derzeit behandelnder Arzt (Namen und Anschrift):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17. Wie lange wird die Heilung voraussichtlich dauern?** \_\_\_\_\_

**18. Wird der Unfall nach Meinung des behandelnden Arztes einen Dauerschaden hinterlassen?**

ja  nein

**19. War der Verletzte vor dem Unfall vollständig gesund?**

ja  nein

Wenn nicht, woran litt er? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

**20. Lag an der verletzten Körperstelle schon vor dem Unfall ein Beschwerdezustand vor?**

ja  nein

Gegebenenfalls welcher Art? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Sind Folgen hieraus zurückgeblieben?  ja  nein

**21. Welcher Arzt ist von dem Verletzten in den letzten 5 Jahren zu Rate gezogen worden?**

(Namen und Anschrift):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aus welchem Anlaß? \_\_\_\_\_

**22. Liegt unfallunabhängig Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit vor?**

ja  nein

Berentet seit: \_\_\_\_\_ (bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen)

**23. Bei welchen Gesellschaften ist der Verletzte noch anderweitig Unfallversichert?**

Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

**24. Bei welchen Lebensversicherungen besteht eine Unfallzusatzversicherung?**

Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

**25. Wurde er schon früher von Unfällen betroffen?**

ja  nein

Wenn ja, wurde er dafür entschädigt?

ja  nein

Ggf. von wem? \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_

**26. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?**

\_\_\_\_\_ Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

Ist der Unfall dort gemeldet?

ja  nein

**27. Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verletzte an?**

\_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Ist der Unfall dort gemeldet?

ja  nein

***Die vorstehenden Angaben wurden nach bestem Wissen vollständig beantwortet. Den Hinweis in der Überschrift dieses Formulars, dass falsche oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes oder eine Minderung des Leistungsanspruchs zur Folge haben können, habe ich zur Kenntnis genommen.***

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person

## **Entbindung von der Schweigepflicht**

*Um den Anspruch auf Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung prüfen zu können, benötigen wir eine Schweigepflichtentbindungserklärung der versicherten Person. Dabei steht es der versicherten Person frei, ob eine allgemeine Erklärung gegeben wird, oder ob spezifische Einzelerklärungen gegeben werden.*

*Wenn die versicherte Person eine allgemeinen Entbindung erteilen möchte, bitten wir die folgende Erklärung zu unterzeichnen.*

*Sollte die Entbindung von der Schweigepflicht im Wege von spezifischen Einzelerklärungen gewünscht werden, bitten wir um einen entsprechenden Hinweis. Berücksichtigen Sie aber bitte, dass diese Form der Schweigepflichtentbindung zu einer Verzögerung der Regulierung und Kosten führen kann.*

### **Allgemeine Erklärung**

*Zur Beurteilung meiner Ansprüche auf Leistungen aus einer Unfallversicherung ermächtige ich die TRIAS Versicherung AG von allen Ärzten, Heilpraktikern und sonstigen Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde sowie von Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträgern, Deutsche Rentenversicherung und Behörden, sachdienliche Auskünfte einzuholen. Dies gilt insbesondere auch für die gesetzlichen sowie die privaten Krankenversicherungen.*

*Die befragten Personen und Stellen entbinde ich hiermit von ihrer Schweigepflicht.*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift versicherte Person