

# Unfallanzeige für den Todesfall

Bei Rückfragen erreichen Sie uns  
unter Telefon 0611/363-0  
Fax 0611/363-6040

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer	Agenturnummer	Schadennummer
-----------------	---------------------------	---------------	---------------

Bitte zurücksenden an:

**DBV-Winterthur**  
**OE 627**  
**Frankfurter Straße 50**  
  
**65171 Wiesbaden**

## Anlage S 80

	An wen dürfen wir uns bei Rückfragen wenden?	Name	Telefon-Nr.	
Angaben zur versicherten Person	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Straße, Hausnummer			
	PLZ, Wohnort		Beruf	
Angaben zum Unfallereignis	Schadentag	Uhrzeit	Tag des Ablebens	
			Uhrzeit	
	Genauere Bezeichnung des Unfallortes			
	Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitgeber	Telefon-Nr.	
	Hat der Verletzte innerhalb von 36 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder sonstige berauschende Mittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art und Menge	Wann
		Blutprobe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ergebnis: %
	Erstbehandelnder Arzt nach dem Unfall	Name	Telefon-Nr.	
	Wurde eine Obduktion durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja, durch <input type="checkbox"/> Nein	Name und Anschrift	
	Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktenzeichen	
		Dienststelle	Telefon-Nr.	
Zuständige Staatsanwaltschaft		Aktenzeichen		
	Ansprechpartner	Telefon-Nr.		
Ausführliche Unfallschilderung (soweit bekannt, ggf. auf besonderem Blatt)				
Unfallfolgen	Verletzte Körperteile	Art der Unfallverletzungen		
Todesursache (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)				

Unfallzeugen	Name, Vorname			
	Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
	Name, Vorname			
	Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Allgemeine Fragen	War d. Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls vollständig gesund?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, welche Beschwerden bestanden?	
	Bei wem fand eine Behandlung statt?		Name	Telefon-Nr.
			Anschrift	
	Hausarzt d. Versicherten		Name	Telefon-Nr.
			Anschrift	
	Wo war d. Versicherte krankenversichert?		Name	Telefon-Nr.
			Anschrift	
	Berufsgenossenschaft		Name	Telefon-Nr.
			Anschrift	
	Bei welchen Unternehmen war d. Versicherte noch gegen Unfall versichert?		Name	Versicherungs-/Schaden-Nr.
		Anschrift		
Bestand eine Lebensversicherung?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei welcher Gesellschaft?		
		Telefon-Nr.		
		Anschrift		
		Ansprechpartner		
Kfz-Unfall	Fahrzeug	Amtliches Kennzeichen	Fabrikat	<input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw
	Fahrer	Name, Anschrift		Geburtsdatum
		Hadte der Fahrer die erforderliche Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl der Insassen
Bankverbindung	Auf welches Konto soll eine Leistung überwiesen werden?		Bankleitzahl	Konto-Nr.
			Kontoinhaber	
		Geldinstitut		
Schweigepflichtentbindung (bitte besonders beachten)	Zu diesem Zwecke befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen und Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren bzw. mit der Begutachtung beauftragt sind, von ihrer Schweigepflicht.		Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungen - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden.	
Schlussklärung	Ich nehme zur Kenntnis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind, auch für den Fall, dass ich diese nicht selbst ausgefüllt habe. Mir ist dabei 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 den von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.	
Ort, Datum	Unterschrift d. Hinterbliebenen/Anspruchsberechtigten			