



Schadenmeldung zur Unfallversicherung

(ggf. ärztliches Attest beifügen/mitfaxen/per E-Mail senden)

Lachermeier OHG
Allianz Generalagentur
z. Hd. Immanuel Lachermeier
Landsberger Straße 501
81241 München
Telefon 089 / 89 62 34 20, Fax 089 / 83 03 51
immanuel.lachermeier@allianz.de

Versicherungsscheinnummer PU 70/0523/3769431/172		Schadensnummer (nur im Fall einer Nachmeldung zum Schaden befüllen)	
Unfalltag		Unfallort (Länderkennzeichen, Anschrift mit Postleitzahl)	
Versicherungsnehmer / in (Zuname, Vorname) BVS Bayern e.V.		Versicherte Person (Zuname, Vorname)	
Straße, Hausnummer Georg-Brauchle-Ring 93		Straße, Hausnummer	
PLZ Ort 8 0 9 9 2 München		PLZ Ort	
Kommunikationsdaten des Versicherungsnehmers ggf. Telefon 089 / 544 189 - 0 Fax 089 / 544 189 - 99		Kommunikationsdaten der versicherten Person ggf. Telefon Fax	
		E-Mail	
		Berufliche Tätigkeit der versicherten Person	
Zahlungen an Geldinstitut	BIC	IBAN	Kontoinhaber
Unfallschilderung (bitte ausführlich schildern)			

Verletztes Körperteil	Art der Verletzung
Wann fand die Erstbehandlung statt? Bitte Datum, Uhrzeit und Arzt bzw. Krankenhaus angeben	

Erfolgte diese stationär? Bitte gegebenenfalls den Zeitraum eingeben:	von:	bis:
Fanden weitere Behandlungen statt? Bitte Datum, Uhrzeit und Arzt bzw. Krankenhaus angeben		

Erfolgt diese stationär? Bitte ggf. den Zeitraum eingeben:	von:	bis:
Frühere Unfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. wann und welche?	
Pflegestufe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. seit wann und welche?	
Weitere Unfallversicherungen bei der Allianz (auch erloschene) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. welche?	
Weitere Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften (auch erloschene) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. welche?	
Wurde der Unfall polizeilich gemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Unfall beim Rehasport <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder Rauschmittel zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Erklärung: Die vorstehenden Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich durch bewusst unrichtige oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz auch dann verlieren kann, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters