

## Schadenanzeige für Unfall- und Insassenunfallschäden

**AFB GmbH  
Kaistr. 13  
40221 Düsseldorf**

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:
Versicherungsscheinnummer:
Schadennummer:

1. Versicherte Person:	
Name, Vorname: _____	Beruf: _____
Straße, Nr.: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ, Ort: _____	Telefon: _____
2. Unfallzeitpunkt: am _____ um _____ Uhr	
3. Unfallhergang:  _____	
4. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
5. Art der Verletzung? _____	
6. Erfolgte eine stationäre Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Attest <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
7. Hat der / die Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgendes: _____	
8. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: _____ Aktenzeichen: _____	
9. Welche gesundheitlichen Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen bestanden bereits vor dem Unfall? _____	
10. Wird Rente bezogen oder läuft ein Rentenverfahren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen _____	
11. Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen, auch Gruppenversicherungen, bei anderen Gesellschaften? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ Versicherungsnummer: _____	
12. Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen: Besaß der Fahrer einen gültigen Führerschein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 13. Hatte der / die Verletzte den Sicherheitsgurt angelegt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Anzahl der Insassen?                                    | _____                       |                               |

Ort

Datum

Unterschrift

**SITZ DER GESELLSCHAFT**

AFB GmbH  
Kaistraße 13 · 40221 Düsseldorf  
Postfach 190145 · 40111 Düsseldorf  
T +49 211 49365-65  
info@afb24.de  
www.afb24.de

**REGISTERGERICHT**

AG Düsseldorf HRB 37296  
Gläubiger-Identifikationsnr.:  
DE81 ZZZ0 0000 4647 90

**GESCHÄFTSFÜHRER**

Dipl.-Kfm. Thomas Kowalke

**BANKVERBINDUNG**

HypoVereinsbank  
IBAN DE18 3022 0190 0004 4239 92  
BIC HYVEDEMM414