

Schadenanzeige

Unfall

Personendaten:

Polizzenummer:

Kunde:

Versicherter(Verletzter): Versicherungsnehmer/in
 Versicherte(r):
Derzeitiger Beruf:
Staatsbürgerschaft:

Geb.Datum:

Geb.Datum:

Telefon (8-16):

E-Mail:

Daten über den Vorfall:

Datum:

Uhrzeit:

Land:

Ort:

Zeugen: ja nein

Behördliche Aufnahme: ja nein

Schadenshergang:

Schildern Sie bitte den Ablauf des Vorfalls.

Unfall bei: Beruf / Weg Verkehr Schule Freizeit Haus / Garten Sport

Art der erlittenen Verletzung(en) (ärztliche Diagnosen):

Erste Hilfe von (Arzt,Krankenhaus):

Schadensanzeige Unfall

Seite 2

Bei stationärer Behandlung Krankenhaus und Aufenthaltsdauer:

Behandelnder Arzt (Name und Anschrift):

Arbeitsunfähig: nein ja, voraussichtlich von _____ bis _____

Wird der Unfall nach Ansicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben:

ja nein

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des
behandelnden Arztes

Nur eine wahrheitsgemäße und erschöpfende Beantwortung sichert Ihren Anspruch. Striche und andere Zeichen genügen nicht. Ich stimme ausdrücklich zu, daß alle Ärzte, Krankenanstalten, Dentisten, Apotheken, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, der Versicherung zur Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift