

Schadenmeldung Unfall

Polizze Nr. / Schaden Nr. _____

Versicherungsnehmer

Name _____

Anschrift _____

Telefon tagsüber _____ Fax _____

Email _____

Versicherte Person

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Telefon tagsüber _____ Fax _____

Email _____

Schadeneignis

Unfalldatum _____ Uhrzeit _____

Arbeits- oder Arbeitswegunfall

Freizeitunfall

Schilderung des Unfallherganges

Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse

nein ja welche Kasse? _____

Wann erfolgte erstmals ärztliche Hilfe

Datum / Uhrzeit _____

Name und Anschrift Arzt / Ärztin _____

Behördliche Aufnahme des Schadens durch die Polizei nein ja

Dienststelle _____ Aktenzahl _____

Alkoholkonsum vor dem Unfall nein ja, Menge _____

Wenn die verletzte Person den Unfall als Kfz-LenkerIn oder Insasseln erlitt

Art des gelenkten Kfz _____ Kennzeichen _____

Führerscheinnummer _____

Ausstellungsbehörde _____

Gruppen _____ Ausstellungsdatum _____

Zeugen des Unfalles

Name und Anschrift _____

Telefon / Fax _____

Bestehen weitere Versicherungen gegen

Unfall _____ Gesellschaft / Polizza Nr. _____

Krankheit _____ Gesellschaft / Polizza Nr. _____

Früher erlittene Unfälle, Erkrankungen, Gebrechen? (Jahresangabe, jetzige Folge)

Bei Spitalsbehandlung

Name des Krankenhauses _____

Behandlung ambulant von / bis _____

Behandlung stationär von / bis *) _____

*) Bei **bestehender Spitalgeldversicherung** bitte eine Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe mit- oder nachsenden.

Jetzt behandelnder Arzt

Name und Anschrift _____

Tel./Fax./E-Mail _____

Bestätigung durch behandelnden Arzt / Ärztin

Diagnose

Derzeitiger objektiver Befund _____

Dauer der stat. Behandlung _____

Dauer der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit _____

Dauer der teilweisen Arbeitsunfähigkeit _____

Ist mit einer Dauerinvalidität zu rechnen nein ja

Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes / Ärztin

Zahlung der Entschädigung

Kontoinhaber _____

Name des Geldinstitutes _____

BIC _____ IBAN _____

Ermächtigung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser und Rehab- bzw. Kuranstalten in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Datum, Ort

Unterschrift VersicherungsnehmerIn

Unterschrift versicherte Person