

Schadenanzeige Unfall

Personendaten:

Polizzenummer:

Kunde:

Versicherter(Verletzter): Versicherungsnehmer/in

Geb.Datum:

Versicherte(r):

Geb.Datum:

Derzeitiger Beruf:

Staatsbürgerschaft:

Telefon (8-16):

E-Mail:

Daten über den Vorfall:

Datum:

Uhrzeit:

Land:

Ort:

Zeugen: ja nein

Behördliche Aufnahme: ja (bitte Geschäftszahl anführen) nein

Schadenshergang:

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

Schildern Sie bitte den Ablauf des Vorfalls.

Bei Verkehrsunfall: Fremdverschulden ja nein

Daten des Unfallgegners:

Polizeiliche Aufnahme ja (bitte Polizeidienststelle u. Aktenzahl bekannt geben)

nein

Kfz-Kennzeichen des gelenkten Fahrzeuges:

Bei Ballsport- bzw. Motorsportverletzungen:

Erhöhtes Freizeitrisiko ja nein Bekanntgabe der Liga:

Schadenanzeige Unfall

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

Verletzte Körperseite: links rechts keine Angabe

Erste Hilfe von (Arzt, Krankenhaus):

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

Bei Todesfall: Wurde eine Obduktion durchgeführt? 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 AG die zur Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift