

# Schadensmeldung

## Krankenversicherung

<b>Gesellschaft*:</b> .....	Berater: .....
<b>Polizzenummer*:</b> .....	Email: .....
	Telefon: .....

### Schadendaten

Tag des Schadens:\* ..... Uhrzeit:\* .....

Schadensort:\* .....

### Versicherungsnehmer

Name, Vorname:\* .....

Geburtsdatum:\* .....

Straße, Hausnummer:\* .....

PLZ und Ort:\* .....

Telefon:\* .....

Email: .....

### Allgemeine Fragen

Geschädigter*	<input type="checkbox"/> VN
Name*	
Anschrift*	
Telefon*	
Geburtsdatum*	
Beruf*	
Name und Anschrift des behandelten Arztes*	
Art der Verletzung (Diagnose)*	
Stationärer Spitalaufenthalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenhaus	Aufgenommen am ..... bis einschließlich .....
Wie hat sich der Vorfall ereignet?*	

## Auszahlung

---

### Die Überweisung soll erfolgen an:

- Versicherungsnehmer:
- Reparatur-Firma (lt. Rechnung)
- oder an: .....

über

- Post
- Bank: .....
- IBAN: .....
- BIC: .....

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift, dass alle Angaben zu diesem Schadenfall der Wahrheit entsprechen. Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Ich ermächtige die oben angeführte Gesellschaft (Versicherung), Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden einzuholen, Einsicht in die Akten zu nehmen, sowie Abschriften anzufertigen. Beschädigte Sachen bzw. Teile bewahre ich bis zur Erledigung des Schadenfalles oder entsprechenden Weisung auf.

---

Ort/Datum\*

---

Unterschrift des Versicherungsnehmers