

Schadensmeldung

Unfallversicherung



Gesellschaft*: Polizzenummer*:	Berater: 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*	
Bezeichnung und Anschrift des zuständigen Sozialversicherungsträgers?*	
Bei welcher Beschäftigung oder bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?*	
Wann wurde die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?*	am: um Uhr
Von wem wurde sie geleistet?*	
Name und Anschrift des behandelnden Arztes*	
Art der Verletzung (Diagnose)*	
Arbeitsunfähig seit* bis voraussichtlich*	
Stationärer Spitalaufenthalt*	<input type="checkbox"/> Ja Krankenhaus aufgenommen am: bis einschließlich <input type="checkbox"/> Nein

Sind Unfallfolgen zu erwarten?*	<input type="checkbox"/> Ja welche <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zum jetzigen Zeitpunkt nicht feststellbar
Wie hat sich der Unfall ereignet? (Genau Schilderung des Unfallherganges)*	

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