

Unfallmeldung

Schadensnummer:

erstellt durch:

Telefonnummer:

DATEN DES VERSICHERTEN

Polizzenummer:	Name des Verletzten:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl, Ort:	Telefonnummer:
derzeitige Beschäftigung:	Dienstgeber:	

ANGABEN ZUM UNFALL

Unfallsdatum:	Uhrzeit:	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall	Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche Kasse?
An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?				
Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls				
Name und Anschrift des behandelnden Arztes:				

ANGABEN ÜBER ANDERE BESTEHENDE ODER BEANTRAGTE UNFALL-, KRANKEN- ODER LEBENSVERSICHERUNGEN

Vertragsart:	Name der Gesellschaft:	Polizzenummer:
--------------	------------------------	----------------

UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers:	Führerscheinnummer:	Ausstellungstag:	Gruppe:
Der Tatbestand wurde von der Polizei aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche?		Anzeige wurde erstattet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name des Beschuldigten?	
Daten des Fahrzeuges: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorr. <input type="checkbox"/> Moped	Marke:	Kennzeichen:	Fahrgestellnummer:
Anzahl der Personen – einschließlich des Lenkers – im versicherten Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls		Waren Personen angegurtert? Namen der angegurterten Personen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG an Bank oder Sparkasse

Name des Geldinstitutes, BLZ, Kontonummer, Inhaber

 an die Adresse

Achtung!! Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.

Ort, Datum

, am

Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.
Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers:**ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN**

An das Krankenhaus

Aufnahmezahl

Für die Erledigung der Ansprüche zu Versicherungspolizze Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der _____ Versicherung die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.

Ort, Datum

, am

Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten

geboren am

Unterschrift des Versicherten