

Schadenmeldung Unfallversicherung an die _____ - Versicherung

Versicherungsnehmer:		Vertragsdaten	
Geschlecht:		Sparte:	
Name:		Pol. Nr.:	
Straße:		Beginn:	
PLZ / Ort:		Ende:	
Geb. Datum:			

Schadendaten:			
Schaden Nr.:		Schadenhöhe	
Sch. Datum:		Verschulden:	
Sch. Uhrzeit:			
Sch. Straße			
PLZ / Ort:			

Allgemeine Fragen zum Schaden

Geschädigter	Name: Straße: PLZ/Ort: Geb. Dat.: Beruf: Telefon: E-Mail:
Verhältnis zu VN	
Sozialversicherungsträger	
Aktivität zur Unfallzeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall
Ärztliche Hilfe beansprucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am um Uhr
Daten des Arztes	Name: Straße: PLZ/Ort: Telefon: E-Mail:
Art der Verletzung	
Arbeitsunfähig bis etwa	
Stationärer Spitalaufenthalt:	<input type="checkbox"/> Ja Krankenhaus aufgenommen am: <input type="checkbox"/> Nein bis:
Erwartete Spätfolgen	<input type="checkbox"/> Ja - welche <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht feststellbar

Schadenhergang

Auszahlungsweise der Schadensumme

Die Überweisung soll erfolgen an:

Versicherungsnehmer

oder an: _____

Die Überweisung soll erfolgen auf das Konto:

BANK:

IBAN:

BIC:

Ort / Datum

Unterschrift