



Einzelunfallversicherung

Versicherungstreuhand **Poles & Partner AG**

Schadenanzeige

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname	Geburtsdatum	Zivilstand
Strasse	PC- oder IBAN	
PLZ/Ort	Bank/Filiale in	
Tel. P.	Mobil	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tel. G.	Mobil	MWST-Nr.
Fax	E-Mail	

Verletzte Person

Name/Vorname	Name und Adresse des Arztes
Geburtsdatum	Zivilstand
Beruf	Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Strasse	Seit wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise
PLZ/Ort	Voraussichtliche Dauer
Tel. P.	Mobil
PC- oder IBAN	Besteht Anspruch auf Leistungen anderer Versicherungen inkl. Haftpflichtversicherungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank/Filiale in	Wo?
Verletzungen	Police-Nr.
	Sind dort Heilungskosten versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bei Verkehrsunfällen

Namen und Adressen der beteiligten Fahrrad- und Motorfahrzeughalter	Haftpflichtversicherungsgesellschaft
a) _____	_____
b) _____	_____

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort		Durch wen?	
Beginn der Behandlung			

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers