

## Einzelunfallversicherung

### 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	Besteht Anspruch auf Leistungen anderer Versicherungen inkl.		
PC- oder IBAN		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