



Allgemeine Informationen

Gesellschaft	→		Schadentag	→	
Polizzenummer	→		Uhrzeit	→	
Sparte	→		Schadenort	→	
Referent Versicherer	→		Meldedatum	→	
Schadennummer Versicherer	→		Referent Makler	→	
	→		Schadennr Makler	→	
Behördl. Aufnahme	→		Aktenzahl	→	

Daten des VN

Name	→	
Strasse	→	
PLZ/Ort	→	
Geburtsdatum	→	
Telefonnummer	→	

Daten der Verletzten VP

Name	→	
Strasse	→	
PLZ/Ort	→	
Geburtsdatum.	→	
Telefonnummer	→	

Schadenhergang

Beilagen:

-

Wie soll die Erledigung erfolgen?

-

Art und Ausmaß der Verletzung

Welche sind die Verletzungen?
Liegt ein Fremdverschulden vor?
Arbeitsunfall?
Freizeitunfall?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sonstige Daten

Stationärer Aufenthalt?
Arbeitsunfähig?
Ist eine bleibende Invaldität zu erwarten?
In welchem Ausmaß ist dies bleibende Invaldität?
Besteht eine Taggeldversicherung?
Anspruchabrechnung für die Taggeldversicherung:
Tage x Euro = EURO

von:	bis:
von:	bis:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Schadenserledigung

Überweisung an VN Gegner Werkstatt Anders:

Institut:

Kontonummer: BLZ:

Der Gefertigte ermächtigt die vorher genannte Versicherung oder den ausgewiesenen Vertreter in den Straftakt, der auf seinen Unfall Bezug hat, Einsicht zu nehmen und davon Abschriften zu machen, sowie alle notwendigen Erhebungen bei der Polizei und beim Strafgericht vorzunehmen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers

ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

An das Krankenhaus	Aufnahmezahl	
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolizzennummer >>Vertrag:Polizzennummer<< erkläre ich mich einverstanden, dass die die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass sie ihrer Schweigepflicht entbunden sind.		
Ort, Datum	Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten	Unterschrift des Versicherten