

Unfallversicherung - Schadenmeldung

Versicherungsnehmer:

Name:
Adresse:
Tel. Nr.
Mail:

Polizzenummer:		Uhrzeit:	
Schadentag:		Beh. Aufnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schadensort:		Aktenzahl:	

Unfallhergang:

Verletzungen und Behandlungsort:

Verschulden:	
Mitverschulden:	

Sind voraussichtlich Dauerfolgen zu erwarten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> dzt. noch nicht bekannt
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Sonstige Bemerkungen:	
Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen:	

Ich ermächtige die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragte Person, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen. Darüber hinaus entbinde ich sämtliche Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben, von deren ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers:
------------	--