

UNFALL-SCHADENANZEIGE



Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

--	--

Versicherungsnehmer

Vor- und Zuname / Firma:	Geburtsdatum	Tel. zw. 8 und 16 Uhr:
Postleitzahl / Ort	Straße / Hausnummer	

versicherte Person

Vor- und Zuname / Firma:	Geburtsdatum	Tel. zw. 8 und 16 Uhr:
Postleitzahl / Ort	Straße / Hausnummer	
Beschäftigung und Nebenbeschäftigung		

Angaben zum Schadensereignis

Ereignisort	Schadensdatum	Uhrzeit
Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufes (Entstehungsursache, usw. ...)		
Wurde das Ereignis von einer Behörde festgehalten, wenn ja von welcher bzw. Aktenzahl – bei Feuerschaden unbedingt notwendig ?		

Allgemeine Angaben für diesen Schadenfall

Es bestehen weitere Versicherungen ? ja nein

Gesellschaft :

Polizzenummer :

Vermerke des behandelnden Arztes

Diagnose	
Arbeitsunfähigkeit von	bis

Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert ? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, usw.)
Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst ?

Unfallfolgen

Hat der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise
Welche weiteren Folgen sind zu erwarten ?

Behandlungsdauer

War der Verletzte zur Behandlung in einem Krankenhaus ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Krankenhaus :
Wie lange befindet sich der Verletzte vorraussichtlich in häuslicher/ambulanter Behandlung ?	

Erste ärztliche Hilfe

Wann ist die erste Hilfe in Anspruch genommen worden ?	
Wer hat sie geleistet ?	

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes

Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Kontoinhaber	Bank / BIC	IBAN
--------------	------------	------

Ich bevollmächtige alle Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder früher stand, der Versicherungsgesellschaft / die "die aktiv" Versicherungsmakler GmbH auf Verlangen Bericht und Auskunft über meinen Gesundheitszustand und über alle beobachteten Erkrankungen zu erteilen; die Versicherungsgesellschaft / die "die aktiv" & G.O.P. Versicherungsmakler GmbH & Co KG Einsicht alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht, usw.) zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Versicherungsnehmers