

PERSONEN – Schadenmeldung

an die	Versicherung	Polizzenummer:
--------	---------------------	-----------------------

<i>Versicherungsnehmer:</i> <i>verletzte Person:</i> <i>Arbeitgeber:</i>	Geburtsdatum : Beruf/Firmenart: Telefonnummer :
--	---

Behördliche Aufnahme : ja nein
Wenn ja welche?

Wurde ein RA beauftragt? ja nein
Wer?

Schadentag:	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall
Schadenort:	Hausarzt:
Uhrzeit:	Krankenhaus:

Verschulden:	<input type="checkbox"/> eigen <input type="checkbox"/> fremd
Wenn Mitverschulden – Wer?:	
Besteht noch eine UV?	
Besteht noch eine KV?	
Vorschäden?	
Leistungen?	
War der Verletzte zum Zeitpunkt alkoholisiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wie ist der Unfall entstanden, lt. Schilderung des VN:

Art der Verletzungen:

Bei Kraftfahrzeugunfällen zu beantworten:

Fahrzeug des Verletzten:

Art des Fahrzeuges:	
Fahrzeug-Type:	
Fahrgestell-Nummer:	
Behördliches Kennzeichen:	
Name/Adresse Lenkers:	
Name/Adresse Besitzer:	

Fahrzeug des Unfallgegners:

Art des Fahrzeuges:	
Fahrzeug – Type:	
Fahrgestell-Nummer:	
Behördliches Kennzeichen:	
Name/Adresse Lenkers:	
Name/Adresse Besitzer:	

Ich erkläre, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben, und verbürge mich für deren Richtigkeit, auch wenn Sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ich ermächtige den Versicherer, alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in allen den Unfall betreffenden Akten Einsicht zu nehmen und davon Abschriften oder Kopien anzufertigen.

Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen: <input type="checkbox"/> über Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> über Maklerbüro	<input type="checkbox"/> Barscheck	<input type="checkbox"/> Überweisung
	Bank:	
	Konto:	
	Bankleitzahl:	

....., am

Ort

Datum

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers/verletzte Person