

Unfall Schadenmeldung

Versicherungsnehmer (VN):

Versicherungsunternehmen:

Pol.Nr.:

Versicherter Person (Geschädigter):	Adresse:
Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> unselbständig	Beruf:
Unfalldatum: <input type="checkbox"/> Uhrzeit: <input type="checkbox"/>	Ort:
Welche Verletzungen hat der Versicherte durch den Unfall erlitten:	
Welcher Arzt (Krankenhaus) wurde zu Rate gezogen:	
Darstellung des Ereignisses:	
Der Unfall ereignete sich auf dem Weg von/ zur Arbeitsstätte (Schule) bzw. im Zuge der Berufsausübung (Schulbesuch) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unfallzeugen:	
Bestand infolge Alkohol oder Medikamente, eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit des Versicherten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn der Versicherte den Unfall als Lenker eines Kraftfahrzeuges erlitten hat:	Führerschein Nr: <input type="text"/> Gruppe: <input type="text"/>
	Ausgestellt am: <input type="text"/> Behörde: <input type="text"/>
Wurde der Führerschein aus Anlass dieses Unfalles abgenommen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn der Versicherte Insasse eines Kraftfahrzeuges war	Art und Type des Fahrzeuges: <input type="text"/>
Name und Anschrift des Lenkers: <input type="text"/>	Kennzeichen: <input type="text"/>
	Haftpflichtversicherung: <input type="text"/>
Wem trifft ein Verschulden an diesem Unfall: <input type="text"/>	behördliches Kennzeichen: <input type="text"/>
	Haftpflichtversicherer: <input type="text"/>
Aufnahme durch Behörde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behörde: <input type="text"/> Aktenzahl: <input type="text"/>
Hatte der Versicherte vor diesem Unfall Gebrechen oder Leiden (Krankheiten, Invalidität aus früheren Unfällen): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungsleistung: <input type="checkbox"/> Scheck an den Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Bankanweisung an den Versicherungsnehmer:	
Bank: <input type="text"/>	BIC: <input type="text"/> IBAN: <input type="text"/>

Der Versicherte entbindet die Ärzte, welche ihm behandeln oder behandelt haben, hiermit von der Schweigepflicht. Die Behörden und Sozialversicherer werden ermächtigt, dem oben angeführten Versicherungsunternehmen Akteneinsicht zu gewähren und Auskünfte zu erteilen.

Ich / Wir erkläre(n), die vorstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Unterschrift Versicherungsnehmer

Datum

Unterschrift des Versicherten