

SCHADENANZEIGE

Unfall

BU

.....
.....
.....
.....

Polizzenummer:

Schadennummer:

Versicherungsnehmer:

Beruf:

Adresse:

Versicherte Person:

Beruf:

Adresse:

Bankverbindung :

BIC:

IBAN:

Unfalldatum:

Uhrzeit:

Unfallort:

Aufnahme durch Exekutive? ja nein

Wenn ja, welche:

War der Einsatz einer Rettung erforderlich: ja nein

Name und Adresse des Unfallgegners:

.....

Zeugen:

.....

Art der Verletzung:

.....

.....

Schilderung des Unfallherganges:

.....

.....

.....

.....

.....

Nur bei Krankheit auszufüllen

Angaben über die Krankheit:

Beginn: Ende: Erstmaliges Auftreten:

Diagnose:
.....

Erstmaliges Auftreten der Krankheit: ja nein Wenn nein, wann trat die Krankheit auf:

Bisherige Behandlungen:
.....

Frühere Krankenhausaufenthalte (wo , von - bis): Vollständig geheilt: ja nein

.....
.....

Bei Unfall und Krankheit auszufüllen:

Behandelnder Arzt:

Sind bzw. waren Sie in Spitalspflege ? ja nein

In welchem Spital:
.....

Waren Sie bei Eintritt des Unfalles / Krankheit vollkommen gesund ? ja nein

Wenn nein, Angaben der Gebrechen bzw. Leiden:
.....

Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine Unfall-, Betriebsunterbrechungs- bzw. Krankenversicherung:
 ja Wenn ja, Angabe der Gesellschaft, Pol.-Nr. , Versicherungssumme nein

.....
.....

Haben Sie für diesen Versicherungsfall schon andere Leistungen erhalten bzw. erwarten Sie solche ?
 ja Wenn ja, von wem und in welcher Höhe ? nein

.....
.....

VOLLMACHT:

Ich / Wir, bevollmächtigte

in meiner / unserer Angelegenheit
in den gerichtlichen bzw. amtlichen Akt Einsicht und von dieser Abschrift zu nehmen. Ebenso ermächtigte ich jene Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich, jede Auskunft zu erteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Versicherter

.....
Versicherungsnehmer

SPITALAUFENTHALTS-BESTÄTIGUNG

Zur Vorlage bei:

Der / Die Patient(in): Geburtsdatum:

Adresse:

Befand / befindet sich vom bis

..... bis

wegen (Diagnose)

Beurlaubt während des stationären Aufenthalts :

.....
Datum

.....
Krankenhaus

ARZT - BESTÄTIGUNG

Zur Vorlage bei:

Der / Die Patient(in): Geburtsdatum:

Adresse:

O ist / war aufgrund des Unfalles vom: O Krankheit

Diagnose:

.....

.....

.....

vom bis 100% arbeitsunfähig

vom bis 75% arbeitsunfähig

vom bis 50% arbeitsunfähig

vom bis 25% arbeitsunfähig

.....
Datum

.....
Behandelnder Arzt