

Unfall-Schadenmeldung

Unfallversicherung

Versicherung:	Polizzenummer:
----------------------	-----------------------

Daten des Versicherungsnehmers

Versicherungsnehmer	Name:	_____
	Anschrift:	_____
	Geburtsdatum:	_____
Versicherte Person	Name:	_____
	Anschrift:	_____
	Geburtsdatum:	_____

Schadenereignis

Schadendatum und Uhrzeit: _____

Schadenort (inkl. Straße): _____

Behördliche Aufnahme / Aktenzahl: _____

Beschreibung des Schadenherganges: _____

Name und Adresse des behandelnden Arztes: _____

Art der Verletzung: _____

Sind bzw. waren Sie im Krankenhaus? _____

Falls ja, in welchem? _____

Ist mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu rechnen? _____

Zahlung der Entschädigung

an	Bank:	_____
	BLZ:	_____
	Kontonummer:	_____
	Kontoinhaber:	_____

Ich ermächtige die oben genannte Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle, diesen Vorfall betreffenden Akte bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktabschrift anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Fahrzeuglenker