

Unfall-Schadenmeldung

Unfallversicherung

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

Daten des Versicherungsnehmers

Versicherungs- nehmer	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: _____
BIC: _____
IBAN: _____
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