

# BETRIEBSUNTERBRECHUNG-SCHADENANZEIGE

--	--

**VERSICHERUNGSNEHMER**

Geb.

Tel.

**VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE)**

Beruf / Nebenbeschäftigung:  
Angaben zum Unfallhergang:

Unfallort:	Datum:	Uhr
Behördliche Aufnahme:		
Zeugen des Ereignisses:		
Einsatz der Rettung erforderlich?		
Name u. Adr. des Unfallgegners:		
Haftpflichtversicherer:		
Welche Körperteile sind verletzt:		

**Bei Krankheit**

Angaben über Krankheit:	Beginn:	Ende:	Vollständig geheilt?
Diagnose:			
Erstmaliges Auftreten der Krankheit:		Krankheit trat erstmals auf:	
Bisherige Behandlungen:			
Frühere Krankenhausaufenthalte (Name der Krankenhäuser / von - bis:)			

**Bei Unfall und Krankheit**

Behandelnder Arzt:  
Sind bzw. waren Sie in Spital:  
Waren Sie bei Eintritt des Unfalls/der Krankheit vollkommen gesund?  
Wenn nein, Angaben der Gebrechen bzw. Leiden?  
Besteht für den Versicherten bei einer and. Gesellschaft  
eine  
Wenn ja, Gesellschaft(en), Pol.-Nr., Versicherungssumme(n):

Haben Sie für diesen Versicherungsfall schon andere Leistungen erhalten bzw. erwarten Sie solche?  
Wenn ja, von wem?

Schadenhöhe:  
Entschädigungszahlung:

✂ ----- ✂

Wittmann OEG  
Desselbrunn 42  
07673 3712, FAX 24

Desselbrunn, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten

# BETRIEBSUNTERBRECHUNG-SCHADENANZEIGE

Schaden Polizze:  
Verletzte Person:

Geb.-Datum:

## VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

---

### SPITALSAUFENTHALTS-BESTÄTIGUNG

---

Der (die) Patient(in) befand sich vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wegen (Diagnose)

bei uns in stationärer Behandlung.

Beurlaubt während des stationären Aufenthalts:

---

Ort und Datum

---

Krankenhaus

# BETRIEBSUNTERBRECHUNG-SCHADENANZEIGE

## ARZT-BESTÄTIGUNG

Der (die) Patient(in) ist/war aufgrund des  Unfalles / der  Krankheit vom:

Diagnose:

vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	100% arbeitsunfähig
vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	75% arbeitsunfähig
vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	50% arbeitsunfähig
vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	25% arbeitsunfähig

Sind Dauerschäden zu erwarten

JA  NEIN

Wenn ja, geschätzter Prozentsatz

 %

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes