

UNFALL-SCHADENANZEIGE

--	--

VERSICHERUNGSNEHMER

Geb.

Tel.

VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON(EN)

Beruf / Nebenbeschäftigung

FÜHRERSCHEINDATEN

(falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

FS gültig:

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ereignisort:

Datum:

Uhr

Angaben zum Unfallhergang:

Behördliche Aufnahme:
Zeugen des Ereignisses:

ERGÄNZENDE ANGABEN

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?

Gesellschaft(en):

und

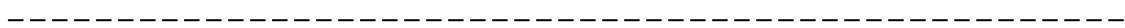
LEISTUNGSVERRECHNUNG

Schadenhöhe:

Entschädigungszahlung:

BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

--



Wittmann OEG
Desselbrunn 42
07673 3712, FAX 24

Desselbrunn, den

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Verletzten

UNFALL-SCHADENANZEIGE

Schaden
Verletzte Person(en):

Geb.
Geb.

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung:

Arbeitsunfähigkeit von:

bis:

**DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN BEANTWORTEN SIE, BITTE, NUR DANN,
WENN EINE ARBEITSUNFÄHIGKEIT VON MINDESTENS 10 TAGEN ZU ERWARTEN IST.**

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?
(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen,
Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.)

Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst ?

UNFALLFOLGEN

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

JA NEIN MÖGLICHERWEISE

Welche ?

BEHANDLUNGSDAUER

War der Verletzte zur Behandlung in einem Krankenhaus?

STATIONÄR AMBULANT

Krankenhaus: _____

Wie lange befindet sich der Verletzte
voraus-sichtlich in häuslicher/ambulanter

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE

Wann ist die erste Hilfe in Anspruch genommen worden?

Wer hat sie geleistet?

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes