

# SCHADENANZEIGE

An die

## Personenschaden

\_\_\_\_\_  
Versicherung  
Schadensabteilung

**POLIZZENUMMER:**

**VERSICHERUNGSNEHMER**

Name:

TelNr.:

Fax. Nr.:

Anschrift:

**Ursache:**  **KRANKHEIT**  **UNFALL**

**KRANKHEIT** Datum des Auftretens der Krankheit:

Wer ist Pflichtversicherer? Symptome? Genaue Schilderung des Verlaufes (Rückfälle, Komplikationen, usw.)  
Event. vorhandene Befunde oder Krankenblätter beilegen!

Ist diese oder ähnliche Erkrankung schon früher einmal aufgetreten?

Erkrankungen innerhalb der letzten 3 Jahre:

**UNFALL** Datum und Uhrzeit des Unfalles:

Unfallort:

Bei welcher Tätigkeit erlitten Sie den Unfall?

Genaue Schilderung von Ursache und Hergang:

Erlittene Verletzungen:

Bestehen noch Unfall oder Krankenversicherungs-Verträge bei anderen Gesellschaften (Pol.Nr., VS, Versicherung):

Wurde der Unfall von einer Polizei od. Gendameriedienststelle aufgenommen? Welche? Aktenzahl?

AlcoTest  JA  NEIN Ergebnis:

Zeugen:

Stillstand des Betriebes:  ganz  teilweise  gar nicht

Wurden Ersatzkräfte eingestellt?

**Der Versicherungsnehmer (Verletzte) bzw. der Anspruchsteller ist vertraglich verpflichtet, die wahrheitsgetreu und vollständig ausgefertigte Schadensanzeige der Gesellschaft unverzüglich einzusenden! Der unterfertigte Versicherungsnehmer erklärt, alle o.a. Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.**

Erklärung: Gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ermächtigt der Versicherte :  
a) die Ärzte, in deren Behandlung er steht oder früher gestanden ist, der o.a. Versicherungsnehmer auf Verlangen über seine Gesundheitsverhältnisse und über alle beobachteten Erkrankungen Berichte und Auskünfte zu erteilen.

b) die o.a. Versicherungsgesellschaft bzw. deren Organe, Einsicht in alle betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht, etc.) Kranken- und Sozialversicherungsträger bzw. Interessensvertretungen zu nehmen und alle erforderlichen Abschriften anzufertigen.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

# SPITALAUFENTHALTSBESTÄTIGUNG

zur Vorlage bei der \_\_\_\_\_ Versicherung

Name:

Geb.Dat:

Anschrift:

befand/ befindet sich vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wegen: (Diagnose):

bei uns in ambulanter / stationärer Behandlung (Zutreffendes unterstreichen)

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

Der / die Patient/in war  
100% berufsunfähig vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % berufsunfähig vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Anamnese:

Entlassungsbefund:

Datum

Krankenhaus

# ARZT - BESTÄTIGUNG

zur Vorlage bei der \_\_\_\_\_ Versicherung

Name:

Geb.Dat:

Anschrift:

ist/war aufgrund des Unfalles vom \_\_\_\_\_ / Krankheit

vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wegen: (Diagnose):

bei mir in Behandlung

Der / die Patient/in war  
100% berufsunfähig vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % berufsunfähig vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Anamnese:

Entlassungsbefund:

Datum

Krankenhaus