

## SCHADENMELDUNG - PRIVATE UNFALLVERSICHERUNG

VORNAME	<input type="text"/>	NAME	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>	WOHNORT	<input type="text"/>
VERSICHERUNG	<input type="text"/>	POLIZZE	<input type="text"/>

**SCHADENSART**     TAGEGELD     SPITALGELD     INVALIDITÄT     SONSTIGES

DATUM     UHRZEIT     ORT

UNFALLHERGANG

NAME DES BEHANDELNDEN ARZTES BZW. KRANKENHAUSES

ART DER VERLETZUNG

WAREN SIE IM KRANKENHAUS - UND WENN, WIE LANGE ?

WIE LANGE WIRD DIE ARBEITSUNFÄHIGKEIT ANDAUERN ?

IST MIT EINER BLEIBEN, GESUNDHEITLICHEN BEEINTRÄCHTIGUNG ZU RECHNEN ?

Ich ermächtige die betreffende Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle diesen Vorfalle betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

**Wir ersuchen, die Erledigung wie folgt vorzunehmen:**

Bank     BLZ     Konto Nummer

Ort     Datum     Unterschrift