



Personen – Schadenmeldung

Schadensnummer Firma Harald Gögl

An die		Polizzenummer:	
Versicherungsnehmer:;		Geburtsdatum VN:	
		Beruf/Firmenart VN:	
		Telefonnummer VN:	
		Arbeitgeber:	
verletzte Person Name:		Geburtsdatum :	
Adresse:		Beruf/Firmenart:	
		Telefonnummer:	
Arbeitgeber:			

Behördliche Aufnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja bei welcher Behörde?:
Wurde ein Rechtsanwalt beauftragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Adresse:

Schadentag:		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall
Schadenort:		Hausarzt:
		Adresse:
Uhrzeit:		Krankenhaus:
		Adresse des KH:

Verschulden:	<input type="checkbox"/> eigen <input type="checkbox"/> fremd
Wenn Mitverschulden-Name und Adresse?	
Besteht noch eine weitere Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name der Gesellschaft:
	Polizzenummer:
Besteht noch eine Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name der Gesellschaft:
	Polizzenummer:
Vorschäden?	
Leistungen aus Vorschäden?	
War der Verletzte zum Zeitpunkt alkoholisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

Wie ist der Unfall entstanden, lt Schilderung des VN:

Art der Verletzungen:

Bei Kraftfahrzeugunfällen zu beantworten:

Fahrzeug des Verletzten:

Art des Fahrzeuges	
Fahrzeug Typ	
Fahrgestell Nummer	
Behördliches Kennzeichen	
Name/Adresse des Lenkers	
Name/Adresse Besitzer:	

Fahrzeug des Unfallgegners

Art des Fahrzeuges	
Fahrzeug Typ	
Fahrgestell Nummer	
Behördliches Kennzeichen	
Name/Adresse des Lenkers	
Name/Adresse Besitzer:	

Ich erkläre, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben und verbürge mich für die Richtigkeit auch wenn Sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ich ermächtige den Versicherer, alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in allen den Unfall betreffenden Akten Einsicht zu nehmen und davon Abschriften oder Kopien anzufertigen

Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen: <input type="checkbox"/> über Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> über Maklerbüro	<input type="checkbox"/> Barscheck <input type="checkbox"/> Überweisung Versicherungsnehmer Bank: <input style="width: 100%;" type="text"/> IBAN: <input style="width: 100%;" type="text"/> BIC: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kontoinhaber: <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ODER Überweisung wie folgt: Bank: <input style="width: 100%;" type="text"/> IBAN: <input style="width: 100%;" type="text"/> BIC: <input style="width: 100%;" type="text"/> Kontoinhaber: <input style="width: 100%;" type="text"/>
---	---

--

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/verletzte Person