

# UNFALL SCHADENANZEIGE



bei der

VBM Sachbearbeiter:

POLIZZENUMMER	SCHADENNUMMER

Versicherungsnehmer		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail

Versicherte Person		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail

Angaben zum Unfall		
Unfallort	Unfalltag	Uhrzeit
Was ist passiert (Schilderung)? Welche Verletzungen haben Sie erlitten?		
Sind Dauerfolgen zu erwarten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> möglich	Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:	Aktenzahl

Ist der Verletzte bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
--

An wen soll die Entschädigung überwiesen werden?		
Kontoinhaber	IBAN	BIC

Ich/Wir ermächtige/n die oben genannte Versicherungsgesellschaft, Einsicht in alle den gegenständlichen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) und in die Krankengeschichte bzw. das Ambulanzprotokoll zu nehmen.

Krankenhaus:

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Name VN	POLIZZENUMMER
---------	---------------

<b>Bericht des behandelnden Arztes</b>
Behandelnder Haus-/Privatarzt:
Art der Verletzung (Diagnose)

War der Verletzte bereits vor dem Unfall verletzt oder mit Krankheit bzw. Gebrechen behaftet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
--

Ursache der Verletzung:
Sind Dauerfolgen zu erwarten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> möglich

<b>Unfallfolgen</b>			
Ist/war ein stationärer Aufenthalt notwendig?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Krankenhaus	von	bis
die ambulante Behandlung dauerte		von	bis
Ist der Verletzte aufgrund des Unfalles in seiner Beschäftigung behindert?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	vollkommen	von
		teilweise	von
			bis

Wann und wo wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?
--

Anweisung des Arzthonorars an:		
Kontoinhaber	IBAN	BIC

..... Datum ..... Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes

Ich/wir entbinde(n) alle oben erwähnten Ärzte, Krankenhäuser und Institutionen im Voraus, diesen Vorfall betreffend, von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der oben genannte Versicherung alle unerlässlichen Auskünfte und Kopien zukommen zu lassen.

..... Datum ..... Unterschrift des Versicherungsnehmers