

# UNFALL SCHADENANZEIGE



bei der

VBM Sachbearbeiter:

POLIZZENNUMMER	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

