

# Unfall-Schadenmeldung

Unfallversicherung

<b>Versicherung:</b>	<b>Polizzenummer:</b>
----------------------	-----------------------

## Daten des Versicherungsnehmers

<b>Versicherungs- nehmer</b>	Name:	_____
	Anschrift:	_____
	Geburtsdatum:	_____
<b>Versicherte Person</b>	Name:	_____
	Anschrift:	_____
	Geburtsdatum:	_____

## Schadenereignis

**Schadendatum und Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**Schadenort (inkl. Straße):** \_\_\_\_\_

**Behördliche Aufnahme / Aktenzahl:** \_\_\_\_\_

**Beschreibung des Schadenherganges:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Name und Adresse des behandelnden  
Arztes:** \_\_\_\_\_

**Art der Verletzung:** \_\_\_\_\_

**Sind bzw. waren Sie im Krankenhaus?  
Falls ja, in welchem?** \_\_\_\_\_

**Ist mit einer gesundheitlichen  
Beeinträchtigung zu rechnen?** \_\_\_\_\_

## Zahlung der Entschädigung

<b>an</b>	Bank:	_____
	BLZ:	_____
	Kontonummer:	_____
	Kontoinhaber:	_____

Ich ermächtige die oben genannte Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle, diesen Vorfall betreffenden Akte bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktabschrift anzufertigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fahrzeuglenker