

Schadenanzeige Unfall



Schadentag	Uhrzeit	Uhr	Schadenort
Versicherungsnehmer		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> sonstiges	
Versicherungsschein-Nr.:			
Agentur-Nr.:			
Angaben zur verletzten Person:			
Vor- und Zuname, Anschrift		Geburtsdatum	Alkoholgenus vor dem Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Derzeitige Berufstätigkeit	
Gesundheitszustand vor dem Unfall: <input type="checkbox"/> Vollständig gesund Art der Krankheit, Leiden, Gebrechen			
Art der Verletzungen		Krankenhaus <input type="checkbox"/> Nein Ja <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär	
Behandelnder Arzt / Krankenhaus: Name, Anschrift, Telefon			
Schadenhergang (evtl. auch Zeugen)			
Polizeiliche Aufnahme: Dienststelle, Aktenzeichen			
Meldung an die Berufsgenossenschaft:			
Weitere Unfallversicherungen bestehen bei: Gesellschaft, Vers.-Nr.:			
Datum, Unterschrift des VS-Nehmers		Unterschrift des Vermittlers	