

Schadenanzeige Unfall

Bitte ausfüllen und zurücksenden an:

Bei mehreren Verletzten bitte jeweils 1 Formular ausfüllen.

Bei Zutreffendes ankreuzen

Vertretung	Schaden-Nr.
Versicherungsschein-Nr.	

Versicherungsnehmer Geburtsdatum	Beruf	Telefon-Nr. geschäftlich	Telefon-Nr. privat
--	-------	--------------------------	--------------------

Verletzte Person/Versicherter Name, Vorname		Straße, Nr.	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Beruf	Telefon-Nr. geschäftlich	Telefon-Nr. privat

Unfalldatum				
Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Unfallort

Unfallhergang
 Ereignete sich der Unfall während der beruflichen Tätigkeit? Nein Ja
 Auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte? Nein Ja
 Wie hat sich der Unfall ereignet? Bitte eingehende Schilderung!

Wenn die hier vorgesehene Fläche nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt beifügen.

Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche Art und Menge?	Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis _____‰
--	---

Polizeiliche Aufnahme <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anschrift der Polizeidienststelle	Tagebuch-Nr.	Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft
---	--------------	-------------------------------------

Zeugen bzw. am Unfallort Anwesende Name, Vorname	Straße, Nr.	PLZ, Wohnort
--	-------------	--------------

