



## Unfall-Schadenmeldung

Unfallversicherung

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

### Daten des Versicherungsnehmers

**Versicherungsnehmer**      Name: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Versicherte Person**      Name: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Schadensereignis

**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

**an**      Bank: \_\_\_\_\_  
 IBAN: \_\_\_\_\_  
 BIC (bei ausl. Konto): \_\_\_\_\_  
 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