

SCHADENMELDUNG

- Betriebsunterbrechungsversicherung
- Unfallversicherung
- Krankenversicherung

Versicherungsnehmer

Name:
Anschritt:
Telefon:

Versicherer: Polizzennummer:

Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Name:
Anschritt:
Geb.datum: Telefon:

KRANKHEIT:

Datum der Erkrankung:

Symptome und Verlauf

Behandelnder Arzt:

UNFALL:

Datum: Uhrzeit:
Ort:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen ?
Aktenzeichen:

Schadensfallhergang

--

Behandelnder Arzt:

--

Bei Verkehrsunfällen:

Angaben zum Lenker:

Name:

--

Anschrift:

--

Geb.Datum

--

Telefon:

--

Führerscheindaten des Lenkers

Austellende Behörde:

--

Führerscheinnr.:

--

Ausstellungsdatum:

--

Gruppen:

--

Behördliches Kennzeichen des KFZ:

--

Bei welcher Versicherung besteht eine weitere Unfallversicherung ?

--

Die Überweisung hat zu erfolgen an:

Kontoinhaber

--

Bankleitzahl, Bank

--

Kontonummer

--

Schweigepflicht-Entbindungserklärung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Spitalsaufenthalts-Bestätigung

Der/Die PatientIn Familien- und Vorname

geboren am

Sozialversicherungsnummer

befand sich in der Zeit

vom (TT.MM.JJ)

bis (TT.MM.JJ)

Wegen (Diagnose)

bei uns in stationären/ambulanter Behandlung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Der/Die PatientIn war in der Zeit

vom (TT.MM.JJ)

vom (TT.MM.JJ)

100% berufsunfähig

Der/Die PatientIn war in der Zeit

vom (TT.MM.JJ)

vom (TT.MM.JJ)

% berufsunfähig

Anamnese

Entlassungsbefund

Datum

Stempel/Unterschrift des Krankenhauses

Arzt-Bestätigung

Der/Die PatientIn Familien- und Vorname

geboren am

Sozialversicherungsnummer

befand sich in der Zeit

vom (TT.MM.JJ)

bis (TT.MM.JJ)

Wegen (Diagnose)

bei uns in ambulanter Behandlung

Der/Die PatientIn war in der Zeit

vom (TT.MM.JJ)

vom (TT.MM.JJ)

100% berufsunfähig

Der/Die PatientIn war in der Zeit

vom (TT.MM.JJ)

vom (TT.MM.JJ)

% berufsunfähig

Anamnese

Entlassungsbefund

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes