

Unfall-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

Schadennummer



Daten des Versicherungsnehmers		Daten des Versicherten (Verletzten)	
Name und Anschrift		Name und Anschrift	
Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)		Geburtsdatum	Staatsbürger-schaft derzeit. Beruf
Nebenversicherungen <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Kranken <input type="checkbox"/> Leben		Gesellschaft	Polizzenummer

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit) Unfallort (Ort, Straße) Unfallaufnehmende Polizeidienststelle Zeugen: Name, Anschrift, Telefon Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall? <input type="checkbox"/> Beruf (inkl. Weg) <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Verkehr <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> im häuslichen Bereich <input type="checkbox"/> Schule		Genauer Bericht (Ursachen und Hergang des Unfalles, wenn nötig Rückseite verwenden)
arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein voraussichtliche Dauer:		
Von welchem Arzt (Krankenhaus) wurde Erste Hilfe geleistet Behandelnder Arzt (Name und Anschrift) Bei stationärer Behandlung: Angabe des Krankenhauses Behandlung von bis Wird der Unfall nach Ansicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haben Sie Verletzungen, die nicht durch den Unfall verursacht wurden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Genaue Angabe (ärztliche Diagnose) der durch den Unfall erlittenen Verletzungen
War der Verletzte vor diesem Unfall bereits invalid oder mit einem Gebrechen behaftet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Bei Verkehrsunfall bitte zusätzlich beantworten		Bei Insassenunfall bitte zusätzlich beantworten	
Name und Anschrift des Lenkers		Wie viele Personen waren zum Zeitpunkt des Unfalles im KFZ?	Welche Sitze sind mit Sicherheitsgurten ausgestattet? <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten
Führerschein-Nr.	Ausstellungsdatum	Welche Insassen (Lenker) hatten die Sicherheitsgurte angelegt	
Ausstellungsbehörde	Lenkerberechtigung für		

Nur eine wahrheitsgemäße und erschöpfende Beantwortung aller Fragen sichert Ihren Anspruch. Striche und andere Zeichen genügen nicht. Ich stimme ausdrücklich zu, dass alle Ärzte, Krankenanstalten, Dentisten, Apotheken, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, der Versicherungsgesellschaft die zur Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. Verletzten _____

Unfall-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

Schadennummer



An die

Ärztlicher Bericht

Verletzter/Verletzte (Name und Anschrift)

Geburtsdatum

Diagnose

Arbeitsunfähigkeit
von

bis

Krankenhausauf-
enthalt von

bis

Krankenhaus:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Bitte beachten

- Melden Sie uns jeden Unfall unverzüglich, jeden Todesfall innerhalb von 3 Tagen
- Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen!
- Die behandelnden Ärzte sind zu ermächtigen, die von uns geforderten Auskünfte zu erteilen!
- Haben Sie auch Spitalgeld versichert, so ist uns nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine Aufenthaltsbescheinigung, auf der die Diagnose eingetragen sein muss, vorzulegen!
- Im Falle der Mitversicherung von Heilkosten bzw. Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen!
- Geben Sie bei allen Mitteilungen und Anfragen unbedingt unsere Schadennummer (bzw. Polizzennummer) bekannt

Unfall-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

Schadennummer



Name VN

Adresse

Adresse

Zustimmungserklärung betreffend Überlassung von Gesundheitsdaten zum Schadenfall vom **tt.mm.jjjj**

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns ausdrücklich damit einverstanden, dass der gesamte Schriftverkehr im gegenständlichen Versicherungsfall vom **tt.mm.jjjj** über die Versicherungsmakler-JNH GmbH abgewickelt wird.

Ich/Wir stimme(n) in diesem Zusammenhang ausdrücklich auch der Übermittlung und Überlassung sämtlicher damit verbundener Gesundheitsdaten an den Versicherungsmakler-JNH zu, die im Rahmen der Schadenfeststellung, insbesondere auch der Einholung von Sachverständigengutachten und Krankengeschichten, festgestellt und bekannt gegeben werden.

Ich/wir bin/sind über mein/unser Recht, diese Zustimmungserklärung jederzeit zu widerrufen, vollständig informiert.

.....
Ort, Datum

.....
Versicherungsnehmer/versicherte Person