

Unfall-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft

Polizzennummer

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	Polizzennummer	

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)		Genauer Bericht (Ursachen und Hergang des Unfalles, wenn nötig Rückseite verwenden)	
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			
arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	voraussichtliche Dauer:	Genaue Angabe (ärztliche Diagnose) der durch den Unfall erlittenen Verletzungen	
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		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 Unfalls im KFZ? <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten	Welche Sitze sind mit Sicherheitsgurten ausgestattet?
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

Polizzennummer

Schadennummer



An die

Ärztlicher Bericht

Verletzte/Verletzter (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
Polizzennummer**

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