

Eingangsstempel LD	Eingangsstempel GD
--------------------	--------------------

- Unfallversicherung
- Krankenversicherung
- Lebensversicherung

übermittelt von:

am

Regress

ja

nein

Polizzenummer		Versicherungsnehmer: Familienname, Titel		Vorname	
Beruf, Art der Beschäftigung				E-Mail	
IKZ	Postleitzahl	Wohnanschrift, Ort		Telefon-Nr.	Fax-Nr.
Straße				Haus-, Ort-Nummer	

Angaben zum Verletzten

Kundennummer		Familienname, Vorname, Titel			Geburtsdatum Tag Monat Jahr	
Fam.-Stand	Beruf, Art der Beschäftigung – bei Arbeitslosigkeit – seit wann			Sozialvers.	beschäftigt bei	
Wohnanschrift, Ort						
Besteht für den Verletzten bei einer anderen privaten Versicherungsgesellschaft eine						
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung		<input type="checkbox"/> Unfallversicherung		<input type="checkbox"/> Lebensversicherung mit Unfallversicherung		<input type="checkbox"/> Reiseversicherung
Versicherungsgesellschaft:				Polizze-Nr.:		
Hat der Verletzte bereits einen Unfall erlitten?						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Folgen des Unfalles:						
Hat der Verletzte dafür Versicherungsleistungen erhalten?						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, entschädigt mit €			Datum:			
Versicherungsgesellschaft:			Polizze-Nr.:			

Angaben zum Unfall

Wann ereignete sich der Unfall?		am	um	Uhr
			<input type="checkbox"/> vormittags	<input type="checkbox"/> nachmittags
Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Straße, Platz, Hausnummer – genaue Bezeichnung des Ortes und der Räumlichkeit)				
Bei welcher Beschäftigung oder bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?				
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall		<input type="checkbox"/> Freizeitunfall		
Wurde der Unfall durch Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Schlaganfall oder Herzinfarkt ausgelöst?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, durch				
Art der Verletzungen?				
Bei Handverletzungen: Welche Hand war betroffen? <input type="checkbox"/> Gebrauchshand <input type="checkbox"/> Gegenhand				
War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles alkoholisiert?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde der Unfall vom Verletzten verursacht?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, Name und Anschrift des Unfallgegners bzw. des Verursachers:				
Wurde ein Rechtsanwalt beauftragt?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Name und Anschrift der Rechtsanwalts:				
Wurde der Vorfall von einer Sicherheitsbehörde aufgenommen?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, von welcher, wo und unter welcher Aktenzahl?				
War ein stationärer Krankenhausaufenthalt zur Behebung der Unfallfolgen notwendig?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus:		Dauer: von		bis
Besteht für den Unfallgegner eine				
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung		<input type="checkbox"/> Haushaltsversicherung		<input type="checkbox"/> KFZ-Haftpflichtversicherung
Versicherungsgesellschaft:				Polizze-Nr.:

