

Unfallschadenanzeige

Polizzenummer
Schadennummer

Versicherungsnehmer	Zuname, Vorname/Titel	Geb.Datum	T	M	J	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Straße/Hausnummer	Selbständig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsbürgerschaft		
	Plz. Ort	Tel. tagsüber	Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
	Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit)	E-Mail Adresse				
Verletzter	Zuname, Vorname/Titel	Geb.Datum	T	M	J	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Beruf (bzw. Betrieb) – Etwaige Nebenbeschäftigungen; wir bitten um genaue Angaben					Selbständig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Plz Ort, Straße/Hausnummer	Staatsbürgerschaft				
	Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?					
	Ist der Verletzte noch anderweitig gegen Unfall versichert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei welcher Gesellschaft? Polizzenummer					

Vorfall	Unfallstelle (Ort, Straße, Nr.):					
	Datum: Zeugen des Vorfalles (Namen, Adresse, Telefon)					
Uhrzeit:	Von welcher Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen?					
	Name und Anschrift des Arztes, der den Verletzten wegen des Unfalles behandelt hat:					
	Name und Anschrift des Arztes, der den Gesundheitszustand des Verletzten vor Eintritt des Unfalles Auskunft geben kann:					
	In welcher Höhe wurde bereits eine Entschädigung bezahlt? Euro					
	War der Verletzte vor dem Unfall <input type="checkbox"/> Ja, aus welchem Grund? In ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein					
	Hatte der Verletzte vor dem Unfall <input type="checkbox"/> Ja, welcher Art? ein Leiden oder Gebrechen? <input type="checkbox"/> Nein					
	Genauer Bericht über Ursache und Hergang des Unfalles (insbesondere bei welcher Tätigkeit oder Gelegenheit, in welchem Raum), erforderlichenfalls mit Skizze:					
	Wir bitten Sie, uns im Interesse einer raschen Erledigung sämtliche Ihren Unfall betreffenden Unterlagen (wie Krankenstandsbescheinigung des Sozialversicherers, ärztliche Atteste, Röntgenbilder etc.) vorzulegen.					
	Zahlung einer Entschädigung hätte zu erfolgen an:					
	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer, Adresse wie oben					
	<input type="checkbox"/> Bank _____ Kontonummer _____					
	<input type="checkbox"/> PSK-Kontonummer _____					
Datum, Unterschrift des Verletzten			Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers			

Ich ermächtige die ERGO Versicherung Aktiengesellschaft in alle den Vorfall vom _____ betreffenden Krankengeschichten (Ärzte, Krankenhäuser) und Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen!

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bericht des behandelnden Arztes

Wann wurde die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Beschreibung der Verletzung:

Krankenhausbehandlung (stationär)

vom: _____

bis: _____

Befindet sich der Verletzte derzeit im Krankenstand?

Ja Nein

Wurde Bettruhe verordnet?

Ja Nein

Ausgefähig seit _____

War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles alkoholisiert?

Ja Nein

Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten?

Ja Nein

In welchem Ausmaß ist der Verletzte im Hinblick auf seinen Beruf arbeitsunfähig?

_____ % vom _____ bis _____

_____ % vom _____ bis _____

_____ % vom _____ bis _____

Wie lange wird der Verletzte voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein?

_____ Tage

_____ Wochen

_____ Monate

An welchen Krankheiten oder Gebrechen hat der Verletzte zur Unfallszeit gelitten?

Wie weit und auf welche Art haben Krankheiten oder Gebrechen die Unfallsfolgen ungünstig beeinflusst?

Eventuelle Bemerkungen:

Zahlung des Arzthonorars hätte zu erfolgen an

Versicherungsnehmer

behandelnder Arzt

Bank _____

Kontonummer _____

PSK-Kontonummer _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stampiglie des behandelnden Arztes

BITTE FREIHALTEN!