

Schadensanzeige Unfall - Seite 1

Personendaten:

Polizzenummer:	
Gesellschaft:	
Kunde:	
Versicherter(Verletzter):	
<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer/in	Geb.Datum:
<input type="checkbox"/> Versicherte(r):	Geb.Datum:
Derzeitiger Beruf:	
Staatsbürgerschaft:	
Telefon (8-16):	
E-Mail:	

Daten über den Vorfall:

Datum:	Uhrzeit:
Land:	Ort:
Zeugen: ja nein	Name, Anschrift:
Behördl. Aufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behörde:

Schadenshergang:

Schildern Sie bitte den Ablauf des Vorfalls:

Unfall bei:	<input type="checkbox"/> Beruf / Weg	<input type="checkbox"/> Verkehr	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> Haus / Garten	<input type="checkbox"/> Sport

