


<h1>SCHADENMELDUNG</h1> <p> <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Krankenversicherung </p>	
<p>_____ Versicherung</p>	<p>Pol.-Nr.: _____ Art: <input type="checkbox"/> Arbeits(weg)unfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Krankheit</p>
<p>Versicherungsnehmer:</p> <p>Name: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> verletzte <input type="checkbox"/> kranke Person:</p> <p>Name: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____ Geb. Datum: _____ derz. Beruf: _____</p>
<p>Schadensdatum: _____ Uhrzeit: _____ Unfallort: _____ behördliche Meldung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Behörde: _____ Alkohol : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeugen: _____ _____</p>	<p>Unfall mit einem KFZ:</p> <p>Name des Lenkers: _____ Führerschein-Nr.: _____ ausgestellt von: _____ am: _____ Gruppen: _____ Fahrzeug: _____ Marke/Type: _____ Kennzeichen: _____</p>
<p>Schilderung des Schadenherganges:</p> 	
<p>Unfall-, Krankheitsfolgen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: _____ sind Dauerfolgen zu erwarten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: _____</p>	<p>Früher erlittene Unfälle, Kriegsverletzungen, Erkrankungen, Gebrechen (wann? Folgen?): _____ _____ Weitere bestehende oder beantragte Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen: _____ _____</p>
<p>sonstige Anmerkungen:</p>	<p>Entschädigung an: <input type="checkbox"/> Konto des VN <input type="checkbox"/> _____ Bank: _____ Kto. Nr.: _____ BLZ: _____</p>

Vollmacht: Ich ermächtige _____ bzw. eine von dieser beauftragten Person, in allen, diesen Vorfällen betreffenden, Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____
Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet