
KOOPERATIONSPARTNER der ARISECUR VERSICHERUNGS-PROVIDER GMBH

Schadensmeldung - Unfall

Versicherer:

Vertragsnummer:

Versicherungsnehmer:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Erreichbarkeit:

verletzte Person (wenn nicht
Versicherungsnehmer):

Verhältnis zum
Versicherungsnehmer:

Geburtsdatum:

Erreichbarkeit:

Unfalldatum:

behördliche Aufnahme: nein ja

Unfallort:

Unfallhergang:

Name u. Adresse des
behandelnden Arztes:

Art der Verletzung:

Ist mit einer gesundheitlichen
Beeinträchtigung zu rechnen? nein ja

amb./stat. im Krankenhaus: nein ja wenn ja, in welchem Krankenhaus?

Zahlungsempfänger:

Bankinstitut:

IBAN:

BIC:

Ich ermächtige meinen Versicherer oder eine von ihm beauftragte Person Erhebungen zu diesem Schadensfall durchzuführen, bei den zuständigen Institutionen in Aktenunterlagen, Protokolle, Gutachten, Krankengeschichten und Urteile Einsicht zu nehmen und Abschriften daraus anzufertigen.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift verletzte Person
(wenn nicht Versicherungsnehmer)