

6. Verletzungen des Versicherten (Art und Umfang)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
7. Hat der Unfall Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt? Wenn ja, inwieweit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> <hr/> <hr/>
8. An welchem Tag hat er/sie sich in ärztl. Behandlung begeben?	Datum: _____
9. Welcher Arzt übernahm die Erstbe- handlung?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10. Falls stationäre Krankenhausaufnahme, Anschrift des Krankenhauses	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
11. Aufenthaltsdauer	<hr/> <hr/> <hr/>
12. Weiter behandelnder Arzt (Name und Anschrift)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
13. Hat der Versicherte früher Unfälle erlit- ten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
14. Besteht bei einer Krankenkasse oder einer Berufsgenossenschaft Versiche- rungsschutz? Anschrift der Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Unfall im Zusammenhang mit der Benutzung eines Fahrzeuges. (Bitte ausfüllen, sofern zutreffend)	
15. Hat sich der Unfall bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges ereignet? Wenn ja, Art des Fahrzeuges und amtl. Kennzeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Fahrer des benutzten Kraftfahrzeuges (Name, Anschrift, Geburtsdatum)	
17. Führerscheindaten des Lenkers	Klasse: _____ ausgestellt am: _____ Nummer: _____
18. Erfolgte eine polizeiliche Aufnahme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Polizeidienststelle: _____ Aktenzeichen: _____ Dienststelle: _____
19. Wurde vom Lenker des benutzten Fahrzeuges eine Blutuntersuchung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20. Zahl der Insassen des benutzten Kfz einschließlich des Fahrers	

Mit Absenden dieser Schadenanzeige an den Makler versichert der Aussteller – auch bei elektronischer Weitergabe ohne Unterschrift – die Richtigkeit seiner Angaben.
Gleichzeitig ermächtige ich die von der Gesellschaft evtl. befragten Ärzte zur Auskunftserteilung über mich. Jeden Arztwechsel werde ich unverzüglich anzeigen.

(Ort/Datum)

(Versicherungsnehmer Unterschrift)

(Ort/Datum)

(Verletzter Unterschrift)

Bitte vom Krankenhaus/Arzt bestätigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagesgeld versichert gilt.	
1. Versicherungsnummer	_____
2. Unfallschadennummer	_____
Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder stationären Krankenhausaufenthalt	
3. Name Vorname Geburtsdatum Postleitzahl Ort Straße	_____ _____ _____ _____ _____
4. war wegen der Folgen des Unfalls vom	Datum: _____
5. Diagnose	_____ _____ _____ _____ _____
6. in stationärer Behandlung	vom _____ bis: _____ vom _____ bis: _____
arbeitsunfähig	vom _____ bis: _____ zu _____ % vom _____ bis: _____ zu _____ %

(Ort/Datum)

(Stempel / Unterschrift des Arztes)