

## Anlage zur Schadenanzeige zur Unfall-Versicherung

Bitte vom Krankenhaus/Arzt bestätigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagesgeld versichert gilt.

<b>1. Versicherungsnummer</b>	
<b>2. Unfallschadennummer</b>	
<b>Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder stationären Krankenhausaufenthalt</b>	
<b>3. Name</b> <b>Vorname</b> <b>Geb.-Datum</b> <b>PLZ</b> <b>Ort</b> <b>Straße</b>	
<b>4. war wegen der Folgen des Unfalls vom</b>	
<b>5. Diagnose</b>	
<b>6. in stationärer Behandlung</b> (Bitte Zeitraum angeben.)	
<b>7. Arbeitsunfähig</b> (Bitte Zeitraum und prozentualer Anteil.)	

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel / Unterschrift des Arztes)