



KRAMES CONSULT

V E R S I C H E R U N G S M A K L E R G M B H

KRAMES CONSULT VERSICHERUNGSMAKLER GMBH APFELBRUNNGRABEN 63 2384 BREITENFURT BEI WIEN
TEL.+43/2239/5962 FAX.+43/2239/5962-4 WWW.KRAMESCONSULT.AT MARTIN.KRAMES@KRAMESCONSULT.AT

Schadensanzeige Unfall

Personendaten

Polizzenummer:	<input type="text"/>
Gesellschaft:	<input type="text"/>
Kunde:	<input type="text"/>
Versicherter (Verletzter):	Geb.Datum: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer(in)	
<input type="checkbox"/> Versicherte(r) <input type="text"/>	Geb.Datum: <input type="text"/>
Derzeitiger Beruf:	<input type="text"/>
Staatsbürgerschaft:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>

Daten über den Vorfall

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

Schadenshergang

Schildern Sie bitte den Ablauf des Vorfalls:

Unfall bei: Beruf/Weg Verkehr Schule Freizeit Haus/Garten Sport

Art der erlittenen Verletzung(en) (ärztliche Diagnosen):

Erste Hilfe von (Arzt, Krankenhaus)

Bei stationärer Behandlung, Krankenhaus und Aufenthaltsdauer

Behandelnder Arzt (Name und Anschrift)

Arbeitsunfähig nein ja, voraussichtlich von bis

Wir der Unfall nach Ansicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben?
 nein ja

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift d. behandelnden Arztes

Nur eine wahrheitsgemäße und erschöpfende Beantwortung sichert Ihren Anspruch. Striche und andere Zeichen genügen nicht. Ich stimme ausdrücklich zu, dass alle Ärzte, Krankenanstalten, Dentisten, Apotheken, Versicherungsvertreter, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, der genannten Versicherungsgesellschaft die zur Prüfung eines Leistungsanspruchs erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift