SCHADENMELDUNG

☐ **Unfallversicherung**
☐ **Berufsunfähigkeit**
☐ **Krankenversicherung**

TREY & PARTNER KG
VERSICHERUNGSAGENTUR

_____ **Versicherung**

Pol.-Nr.: _____
Art: ☐ Arbeits(weg)unfall ☐ Freizeitunfall ☐ Krankheit

Versicherungsnehmer:

Name: _____
Adresse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____

☐ **verletzte** ☐ **kranke Person:**

Name: _____
Adresse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____
Geb. Datum: _____ derz. Beruf: _____

Schadensdatum: _____ Uhrzeit: _____
Unfallort: _____

behördliche Meldung: ☐ nein ☐ ja
Behörde: _____

Alkohol : ☐ nein ☐ ja
Zeugen: _____
_____

Unfall mit einem KFZ:

Name des Lenkers: _____
Führerschein-Nr.: _____
ausgestellt von: _____
am: _____ Gruppen: _____
Fahrzeug: _____
Marke/Type: _____
Kennzeichen: _____

Schilderung des Schadenherganges:

Unfall-, Krankheitsfolgen: ☐ nein ☐ ja
welche: _____

sind Dauerfolgen zu erwarten: ☐ nein ☐ ja
welche: _____

Früher erlittene Unfälle, Kriegsverletzungen, Erkrankungen, Gebrechen (wann? Folgen?):
_____

Weitere bestehende oder beantragte Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen:
_____

sonstige Anmerkungen:

Entschädigung an: ☐ Konto des VN ☐ _____

Bank: _____
Kto. Nr.: _____ BLZ: _____

Vollmacht: Ich ermächtige _____ bzw. eine von dieser beauftragten Person, in allen, diesen Vorfall 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