



Riffler® Unternehmensberatung Ges.m.b.H

Postfach 107, A-6700 Bludenz, Tel: 0 55 52 / 32 565, Fax: 0 55 52 / 32 565 - 7

SCHADENANZEIGE für einen *Unfall-SCHADEN*

Polizzenummer:	
Schadennummer:	

Unfallzeitpunkt:	
Unfallort:	
Aufnehmende Polizeidienststelle:	
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall:	

VERSICHERUNGSNEHMER	DATEN DES VERLETZTEN
	<i>Beruf:</i>

Bericht über den Unfallhergang:
--

Genauere Bezeichnung der Verletzungen und Unfallfolgen:	
Wann und bei wem erfolgte erstmals ärztliche Hilfe?	
Spitalsbehandlung: stationär: vom bis	ambulant: vom bis
Name und Anschrift des behandelnden Arztes:	
Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte (mit)versichert?	
Angaben über frühere Unfälle; Kriegsverletzungen und Gebrechen mit jetzigen Folgen:	

ERKLÄRUNG

Ich entbinde die behandelnden Ärzte, Krankenanstalten und Versicherungen von der ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht und ermächtige ausdrücklich die Riffler Unternehmensberatung GmbH, sowie die oben angeführte Versicherung, Abschriften der Krankengeschichte/Ambulanzprotokolle oder Gutachten bzw. sonstiger bezughabender Unterlagen (auch aus dem Schadenakt der Versicherung und Krankenakten) zu beschaffen. Ich bin über mein Recht, die Zustimmung jederzeit widerrufen zu können, informiert.

Bitte beachten Sie: Alle Fragen sind vollständig, vorbehaltlos und wahrheitsgetreu zu machen.

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Anfangsbericht des behandelnden Arztes mit Stempel und Unterschrift des Arztes im Zusammenhang mit dem Vorfall laut Seite 1:

.....
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Nur vom Arzt auszufüllen!

Der oben angeführte Patient war vom bis voll arbeitsunfähig.

Davon in stationärer Pflege vom bis

DIAGNOSE:

.....

Sind Dauerfolgen zu erwarten: ja nein möglicherweise

.....
(Stempel und Unterschrift des Arztes)