



Einzelunfallversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 071 282 39 60

Gesellschaft

Policennummer

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geburtsdatum	Zivilstand
Strasse		PC- oder Bankkonto	
PLZ/Ort		Bank/Filiale in	
Tel. P.	Mobil	MWST-pflichtig	nein ja
Tel. G.	Mobil	MWST-Nr.	
Fax	E-Mail		

Verletzte Person

Name/Vorname		Name und Adresse des Arztes (leer lassen)	
Geburtsdatum	Zivilstand		
Beruf		Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?	nein ja
Strasse		Seit wann?	ganz teilweise
PLZ/Ort		Voraussichtliche Dauer	
Tel. P.	Mobil	Besteht Anspruch auf Leistungen anderer Versicherungen inkl.	
PC- / Bankkonto		Haftpflichtversicherungen?	nein ja
Bank/Filiale in		Wo?	
Verletzungen		Police-Nr.	
		Sind dort Heilungskosten versichert?	nein ja

Bei Verkehrsunfällen

Namen und Adressen der beteiligten Fahrrad- und Motorfahrzeughalter	Haftpflichtversicherungsgesellschaft		
a)			
b)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>(leer lassen a)</td> <td>(leer lassen b)</td> </tr> </table>	(leer lassen a)	(leer lassen b)
(leer lassen a)	(leer lassen b)		

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Amtliche Tatbestandsaufnahme	nein ja
Ort		Durch wen?	
Beginn der Behandlung			

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
_____	_____