



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	Geburtsdatum	Zivilstand	Name und Adresse des Arztes (leer lassen)		
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><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
_____	_____