

Schadensschnellmeldung Unfall

Zur Weiterleitung an Ihren Makler oder an die Conceptif AG,
Friedrich-Ebert-Damm 160 a, 22047 Hamburg
Fax: 0 40 - 69 69 70-661, E-Mail:schaden@conceptif.de
Tel.: 0 40 - 69 69 70-660

CONCEPTIF

AKTIENGESELLSCHAFT
CONCEPTS FOR INSURANCE & FINANCE

Policennummer:

Versicherungsnehmer:

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon E-Mail

verletzte Person:

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon E-Mail

Wann und wo?

Schadendatum

Privat Weg zur Arbeitsstätte berufliche Tätigkeit

Schadenort (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Krankenversicherung:

weitere Unfallversicherung:

Unfallmeldung erfolgt?

bei Berufsgenossenschaft Nein Ja

bei gesetzlicher Unfallversicherung Nein Ja

Polizeiliche Schadenaufnahme?

Nein Ja

Aktenzeichen

Zeugen:

Vorname, Name

Anschrift, Telefon

Alkoholgenuss oder Einnahme von Drogen oder Medikamenten 12 Stunden vor dem Unfall?

Nein Ja, und zwar (Art und Menge):

Blutprobenentnahme? Nein Ja, Ergebnis (Promille):

Schilderung des Unfallhergangs:

Art der Verletzungen:

Schadensschnellmeldung Unfall

Zur Weiterleitung an Ihren Makler oder an die ConceptIF AG,
Friedrich-Ebert-Damm 160 a, 22047 Hamburg
Fax: 0 40 - 69 69 70-661, E-Mail:schaden@conceptif.de
Tel.: 0 40 - 69 69 70-660

CONCEPTIF

AKTIENGESELLSCHAFT
CONCEPTS FOR INSURANCE & FINANCE

Erstbehandelndes Krankenhaus:

Behandelnder Arzt:

Arbeitsunfähigkeit:

Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, voraussichtliche Dauer:	<input type="text"/>	Wochen
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, voraussichtliche Dauer:	<input type="text"/>	Wochen
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, voraussichtliche Dauer:	<input type="text"/>	Wochen

Vorerkrankungen:

Bitte füge Sie der Schadenmeldung sämtliche Arzt- und Krankenhaus-Berichte bei!

Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistung die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder einreiche. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger sowie meinen Arbeitgeber von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Ansprüchen im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich vertretene/n

--

ab, die / der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ich nehme davon Kenntnis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes selbst dann führen können, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein anderer das Ausfüllen der Schadenanzeige übernommen hat. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

Unterschrift:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift