

UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG:

Name des Lenkers: Führerscheinnummer: Ausstellungstag: Gruppe:		
Der Tatbestand wurde von der Polizei aufgenommen	ja	nein
Anzeige wurde erstattet	ja	nein
Protokollnummer Adresse der Dienststelle, Postleitzahl Name des Beschuldigten		
Daten des Fahrzeuges Marke Kennzeichen Fahrgestellnummer PKW Motorrad LKW Moped sonstige:		
Anzahl der Personen - einschließlich des Lenkers- im versicherten Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls	Waren die Personen angegurtet? ja nein Namen der angegurteten Personen:	

ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

<p>Geldinstitut</p> <p>Bank:</p> <p>BIC:</p> <p>IBAN:</p> <p>an die Adresse</p> <p>ACHTUNG! Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.</p>
--

Ort, Datum	Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.
	Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchsstellers:

ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

Art des Krankenhauses	
Aufnahmeanzahl	
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der oben genannten Versicherung die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.	
Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten	
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten