helvetia

Ihre Schweizer Versicherung.

UNFALL-SCHADENANZEIGE	Polizzennummer:
Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige genau aus und senden Sie sie an die auf der Rückseite angekreuzte zuständige Schadenabteilung	Schadennummer:

Versicherungsnehmer/In: Name und Anschrift			Versicherte Person: Name und Anschrift		
E-Mailadresse					
Geburtsdatum	Beruf	Telefon	Geburtsdatum	Beruf	Telefon
Überweisung erbeten auf Kto.-Nr. _____ bei (Bankverbindung, -leitzahl) _____					

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)	Aufnehmende Polizeidienststelle
Unfallort	Name und Anschrift von Zeugen
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	
Wurde ein Alkotest vorgenommen? ☐ ja ☐ nein	War der/die Versicherte alkoholisiert? ☐ ja ☐ nein
Konkrete Unfallschilderung	

ERMÄCHTIGUNG

- Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die Helvetia Versicherungs-Aktiengesellschaft ermächtige, eine Abschrift der/des Krankengeschichte/Ambulanzprotokolles betreffend meinen Unfall vom

  ..... zu beschaffen.

- Ich ermächtige eine ausgewiesene Person der Helvetia Versicherungs-Aktiengesellschaft in alle, diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers

Genaue Bezeichnung der Verletzungen und Unfallfolgen

Wann und bei wem erfolgte erstmals ärztliche Hilfe?

Spitalsbehandlung

Stationär vom: bis: ambulant vom: bis:

Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte (mit)ver sichert?

Bestehen weitere Versicherungen? (Bitte auch Polizz ennummer angeben)

Gegen Unfall bei Gegen Krankheit bei

Angaben über frühere Unfälle, Krankheiten und Gebre chen mit jetzigen Folgen

Bitte beachten Sie

Bei stationärer Behandlung und Bestehen einer Spit algeldversicherung ist eine Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe vorzulegen.

Alle Angaben sind vollständig, vorbehaltlos und wa hrheitsgetreu zu machen.

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers

Krankenstandsdauer unterfertigt vom behandelnden Arzt: