

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer od. Schadennummer

Versicherungsnehmer

Name und Anschrift

Versicherte Person

Name und Anschrift, Geburtsdatum

Unfallangaben

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)

Aufnehmende Polizeidienststelle

Unfallort

Zeugen (Name, Anschrift)

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

Wenn Verletzter KFZ-Lenker war, Art des benützten Kraftfahrzeuges?

Bericht über den Unfallhergang (eventuell einfache Skizze)

ERMÄCHTIGUNG

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die oben genannte Versicherungsgesellschaft ermächtige, eine Abschrift der/des Krankengeschichte/Ambulanzprotokolles betreffend meinem Unfall vom zu beschaffen.

Ich ermächtige eine ausgewiesene Person der oben genannten Versicherungsgesellschaft in alle, diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

