

KRANKEN-SCHADENANZEIGE

--	--

VERSICHERUNGSNEHMER

Geb.

Tel.

VERSICHERTE PERSON(EN)

Beruf / Nebenbeschäftigung:

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ereignisort:

Datum:

Uhr

Krankengeschichte:

Behördliche Aufnahme:
Zeugen des Ereignisses:

ERGÄNZENDE ANGABEN

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?

Gesellschaft(en):

und

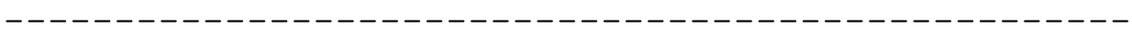
LEISTUNGSVERRECHNUNG

Schadenhöhe:

Entschädigungszahlung:

BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

--



Wittmann OEG
Desselbrunn 42
07673 3712, FAX 24

Desselbrunn, den

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Verletzten