

<b>Ver- sicherungs- nehmer</b>  Vorname, Zuname, Straße, Nr., PLZ, Ort		Bitte helfen Sie uns bei der Bearbeitung Ihres Schadens und beantwor- ten Sie alle in dieser Schadenanzeige gestellten Fragen sorgfältig. Verges- sen Sie bitte nicht, die Anzeige auf der Rückseite zu unterschreiben.  Wir danken Ihnen im voraus für Ihre Mithilfe und werden uns bemühen, den Schaden rasch und zu Ihrer Zufriedenheit zu bearbeiten.  Ihre WÜRTEMBERGISCHE		
	Geschäftsstellen-Nr./Agentur-Nr.	Versicherungsschein-Nr.	Schaden-Nr. <b>53 -</b>	
<b>Angaben zur verletzten Person</b>	Vorname, Zuname der verletzten Person		<input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum
	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		<input type="checkbox"/> Frau	
	Telefon-Nr.	Handy-Nr.	E-Mail:	
	Beruf	Art der täglichen Beschäftigung		
	Körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ausübung dieser Tätigkeit seit	
	Etwaige Entschädigungen sollen überwiesen werden auf:			
	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Name Geldinstitut	Kontoinhaber
<b>1 Unfall- zeitpunkt</b>	Unfalltag	Unfallzeit	Unfallort	Berufsunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>2 Ursache und Hergang</b>	Ursache und Hergang des Schadenereignisses (Bitte kurze, aber klare Schilderung)			
	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
<b>3 Ver- letzungen/ Polizei- liche Aufnahme</b>	Verletzte Körperteile und Art der Verletzungen			
	<input type="checkbox"/> Eine Invalidität wird in jedem Fall verbleiben. Ansprüche auf eine Invaliditätsleistung werden hiermit geltend gemacht.			
	Hatte die verletzte Person in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?		Wurde eine Blutalkoholuntersuchung veranlasst?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ergebnis: _____%	
	Polizeiliche Aufnahme?	Tagebuch-Nr.:	Anschrift Polizeidienststelle	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

4 Nur bei Kfz- Unfälle zu beantworten	Art des benutzten Fahrzeugs:		Amtliches Kennzeichen:				
	War die verletzte Person <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer		Bestand Fahrerlaubnis:				
5 Ärztliche Behandlung	Ärzte/Krankenhäuser	Vorname, Name (bei Krankenhaus Bezeichnung)	Anschrift		Behandlung von    bis		
	erstbehandelnder Arzt						
	weiterbehandelnder Arzt						
	weiterbehandelnder Arzt						
	Hausarzt						
	Krankenhaus/Klinik						
	stationärer Krankenhausaufenthalt					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	erfolgte Operation					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6 Vorerkrankungen und frühere Unfälle	Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen der letzten 5 Jahren						
7 Weitere Unfallversicherung/ Insassen- unfallversicherung	Name und Anschrift des Versicherers			Versicherungs- und/oder Schadennummer			
8 Unterschriften	Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.						
	<input type="text"/> Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers			<input type="text"/> Unterschrift der verletzten Person oder Ihres gesetzlichen Vertreters			
	Datum Unterschrift des Vertreters/Agentur			<b>Von der Vertretung/Agentur zu beantworten:</b> Wurde „Ärztliche Bescheinigung für den Patienten“ (Formularnummer 4538) ausgehändigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Wurde „Schweigepflichtentbindungserklärung“ (Formularnummer 4530) ausgehändigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			