|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Krankheit |[ ]  Unfall |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** |   | **Policen Nr.**  |   |
|  |  |  |  |
| **Versicherungsnehmer** |  |  |  |
| Name |   | Telefon |   |
| Adresse  |   | Mobil  |   |
| PLZ / Ort  |   | E-Mail |   |
|  |  |  |  |
| **Betroffene Person** |  |  |  |
| Namen |   | Telefon |   |
| Adresse |   | Mobil |   |
| PLZ / Ort |   | E-Mail |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schadendatum  |   | Ort |   |

|  |
| --- |
| **Schadenhergang?** |

|  |
| --- |
|   |

|  |
| --- |
| **Was ist betroffen? (Körperteil, Einschränkung)** |

|  |
| --- |
|   |

|  |  |
| --- | --- |
| Behandelhandelnder Arzt |   |
|  |  |
| Arbeitsunfähig seit wann? |   |
| Wie lange? |   |
|  |  |
| **Lohnangaben** |  |
|  |  |
| Grundlohn  |   |
| Zulagen |   |

|  |
| --- |
| Bitte stellen Sie uns alle vorhandenen Unterlagen inkl. Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu.  |