|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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. |