



Unfallversicherung für freiwillige Helfer - VSM

Polizze Nr.	Schadensdatum	Uhrzeit	Ort	Datum der Schadenmeldung

Bezeichnung der Musikkapelle: _____

Obmann / Obfrau: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ortschaft: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

=====

Daten des Versicherten

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ortschaft: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Bankverbindung (Daten des Kontoinhabers) _____

IBAN: _____

1) Beschreibung des Unfallherganges und Beschreibung der erlittenen Verletzungen: _____ _____ _____
--

2) Bei Verkehrsunfall angeben: Angaben zum Fahrer und dessen Fahrzeug: _____ _____ _____

3) Behandelnder Arzt: _____ _____

Unterschrift Obmann / Obfrau

Unterschrift des Versicherten

Bericht des behandelnden Arzt ausfüllen lassen

Schadenmeldeformular
Unfallversicherung für freiwillige Helfer - VSM

Bericht des behandelnden Arztes

1) Was ist die direkte Ursache der Verletzung?	Antwort: <hr/> <hr/> <hr/>
2) Ist das die einzige und ausschließliche Ursache des derzeitigen Krankheitszustandes oder gibt es noch andere zulässige Ursachen? Welche?	Antwort: <hr/> <hr/> <hr/>
3) Genaue Beschreibung der Art, des Ortes und des Ausmaßes der Verletzung:	Antwort: <hr/> <hr/> <hr/>
4) Kann eine bleibende Invalidität zurückbleiben?	Antwort: <hr/> <hr/> <hr/>
5) An welchem Tag wurde zum ersten Mal ärztliche Hilfe geleistet?	Antwort: <hr/> <hr/> <hr/>
6) Von wem wurde sie geleistet?	Antwort: <hr/> <hr/> <hr/>
7) Wo wird der Versicherte behandelt?	Antwort: <hr/> <hr/> <hr/>

Der unterfertigte behandelnde Arzt erklärt die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen, wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

_____, am _____

Der behandelnde Arzt

Ausgabe: April 2019

Entwickelt von:



COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI - MOVIMENTO COOPERATIVO

Vertrieben von:

