

## Unfallmeldung Arbeitsunfähigkeit

betreft polis nummer

.....

<b>Versicherungsnehmer</b>	<b>Versicherungsbüro</b>	Nr.
Name (bei Einrichtung: Bezeichnung) und Adresse	Name und Adresse (oder Stempel)	.....
.....	.....	Telefonnummer
.....	.....	.....
.....	.....	Aktennummer
.....	.....	.....

<b>Versicherter</b>			
Name	Vorname		
.....	.....		
Straße und Nummer	Postleitzahl	Altgemeinde	Großgemeinde
.....	.....	.....	.....
auf den Namen von	Telefonnummer		
.....	.....		

Zahlung über Konto

IBAN : .....

BIC : .....

Geburtsdatum                      Beruf

.....

<b>Unfall</b>				<b>Krankheit</b>
Unfallort	Datum	Tag	Uhrzeit	Beginndatum
.....	.....	.....	.....	.....

Genauere Bezeichnung der Ursache und der Umstände: .....

.....

.....

.....

<b>andere nützliche Auskünfte</b>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aufgestellt in ..... am .....

<b>der Anzeiger,</b>	<b>der Vermittler,</b>
.....	.....

*Wichtig: eine Meldung zur "Arbeitsunfähigkeit" kann nur bearbeitet werden, wenn die ärztliche Bescheinigung auf der Rückseite vollständig ausgefüllt wurde.*

### Ärztliche Bescheinigung

<b>Arzt</b> Name	Postleitzahl & Gemeinde	<b>Opfer</b> Name
---------------------	-------------------------	----------------------

1. Art der Verletzungen oder der Krankheit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Wurde der Fall durch bereits bestehende Krankheiten oder Verletzungen verschlimmert?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

3. Wann wurde zum ersten Mal der Arzt gerufen?  
Datum: \_\_\_\_\_  
Name und Wohnort dieses Arztes: \_\_\_\_\_

4. Wurde das Opfer an einen Spezialisten verwiesen?  ja  nein  
Name und Wohnort dieses Spezialisten: \_\_\_\_\_

5. Ist das Opfer vollständig arbeitsunfähig?  ja  nein  
Beginndatum: \_\_\_\_\_ Enddatum: \_\_\_\_\_

6. Sind für die Zukunft schlimme Folgen zu befürchten?  ja  nein  
Welcher Art? (z.B. Tod, dauernde Arbeitsunfähigkeit, usw.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Wir bitten Sie, Röntgenbilder und/oder Befunde von Spezialisten so bald wie möglich dem Vertrauensarzt von KBC Versicherungen zur Einsichtnahme zu übermitteln.

Wahrheitsgetreu aufgestellt in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

**der Arzt, (Unterschrift und Stempel)**