

<b>UNFALL-SCHADENANZEIGE</b>	Polizzenummer:
Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige genau aus und senden Sie sie an die auf der Rückseite angekreuzte zuständige Schadenabteilung	Schadennummer:

<b>Versicherungsnehmer(in):</b> Name und Anschrift			<b>Versicherte Person:</b> Name und Anschrift		
Geburtsdatum	Beruf	Telefon (8-16 Uhr)	Geburtsdatum	Beruf	Telefon (8-16 Uhr)
Überweisung erbeten auf Kto.-Nr. _____ bei (Bankverbindung, -leitzahl) _____					

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)	Aufnehmende Polizeidienststelle						
Unfallort	Name und Anschrift von Zeugen						
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	Wenn Verletzter KFZ-Lenker war, Art des benützten Kraftfahrzeuges						
War der/die Versicherte alkoholisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ein Alkotest vorgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Führerscheindaten des Lenkers</th> </tr> <tr> <td style="width: 33.33%; padding: 2px;">Ausstellungsbehörde</td> <td style="width: 33.33%; padding: 2px;">Gruppe</td> <td style="width: 33.33%; padding: 2px;">letztes Ausstellungsdatum</td> </tr> </table>	Führerscheindaten des Lenkers			Ausstellungsbehörde	Gruppe	letztes Ausstellungsdatum
Führerscheindaten des Lenkers							
Ausstellungsbehörde	Gruppe	letztes Ausstellungsdatum					

Bericht über den Unfallhergang

### ERMÄCHTIGUNG

- Ich erkläre ausdrücklich, daß ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die Basler Versicherungs-Aktiengesellschaft ermächtige, eine Abschrift der/des Krankengeschichte/Ambulanzprotokolles betreffend meinen Unfall vom

..... zu beschaffen.

- Ich ermächtige eine ausgewiesene Person der Basler Versicherungs-Aktiengesellschaft in alle, diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	-----------------------------	---------------------------------------

LNL/0095 - 6/2000

