
Versicherungsschein-/Schadennummer (Bitte stets angeben)

ANMELDUNG

von Invaliditätsansprüchen zur privaten Unfallversicherung

Versicherungsnehmer: _____

Verletzte Person: _____ geb.: _____

Aufgrund der nachstehend aufgeführten ärztlichen Feststellungen mache ich Invaliditätsansprüche aus
dem Unfallereignis vom _____ geltend.

PLZ, Ort und Datum

Unterschrift

ÄRZTLICHE FESTSTELLUNG

von Invaliditätsansprüchen der privaten Unfallversicherung

Fragen an den Arzt:

1. Ist die Behandlung abgeschlossen? ☐ Ja, seit: _____ ☐ Nein

2. Sind innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall unfallbedingte **Dauerfolgen** eingetreten, die zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit führten?
☐ Ja ☐ Nein

3. Wenn ja, worin bestehen diese?

3.1 Unfallverletzungen/Diagnosen

3.2 Verletzungsfolgen: (z. B. Bewegungseinschränkung, Instabilität, Hirnleistungsstörung o. ä.)

4. Welches Körperteil/welche Körperteile ist/sind betroffen? _____

5. Wann wurde dieser Befund erhoben? _____

6. Wann kann der **endgültige** Umfang der Dauerfolgen in einem Gutachten festgestellt werden?

Termin: _____

PLZ, Ort und Datum

Unterschrift