

II. Personenschaden

Weitere verletzte Personen

1. Persönliche Daten

Angaben des Verletzten (sofern abweichende Personalien)

Name, Vorname, Straße, Nr., PLZ, Wohnort

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Zahl und Alter der Kinder:

Beruf:

monatliches Einkommen: _____ Euro O brutto / O netto

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Bankverbindung (sofern Verletzter nicht Eigentümer ist)

Name des Kreditinstituts, IBAN, Kontoinhaber

2. Medizinische Daten

Ärztliche Erstbehandlung - Klinik/Arzt:

Stationäre Behandlung erforderlich? O ja / O nein, falls ja-> Dauer? _____

Verletzungen:

Ärztliche oder sonstige Folgebehandlung (insb. „Hausarzt“, Krankengymnastik, Reha etc):

Klinik/Arzt/Behandler, Adresse

1.

2.

3.

Weiter verbleibende Beschwerden:

Arbeitsunfähigkeit ärztlich attestiert? O ja / O nein, falls ja Dauer: _____

Besteht eine Krankenversicherung? O ja (gesetzlich) / O ja (Privat) / O nein
- wenn ja, Name und Adresse (+ggf. Mitgliedsnummer etc,)

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur oder während der Arbeit? O ja / O nein
- Wenn ja, Name und Adresse (+ggf. Mitgliedsnummer etc,) der Berufsgenossenschaft:

Im Falle von Personenschäden ist zusätzlich eine Schweigepflichtentbindungserklärung im Original notwendig sowie eine Unfallregulierungsvollmacht für uns im Original. Diese Dokumente finden Sie im Downloadbereich unserer Website <http://www.drlippmann.de>

Die Angaben und Unterlagen sind für JEDEN verletzten Insassen gesondert beizubringen.