

Zusatzblatt zu Schadenanzeige für Flottenfahrzeuge



Weitere verunfallte Person

6. Angaben über verunfallte Personen

<input type="checkbox"/> Rad-, Mofafahrer/in	<input type="checkbox"/> Motorradfahrer/in	<input type="checkbox"/> Insassin/Insasse im eigenen Fahrzeug	Bezeichnung in Unfallskizze <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fussgänger/in	<input type="checkbox"/> Sozius- Mitfahrer/in	<input type="checkbox"/> in einem anderen Fahrzeug	

Angegurtet? ja nein Sitzplatz? ja nein

Frau Herr

Name <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
------------------------------	---------------------------------

Strasse, Nr. <input type="text"/>	PLZ, Ort <input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------------------

Telefon tagsüber <input type="text"/>	Telefon privat <input type="text"/>
--	--

Arbeitgeber

Welche Verletzungen hat diese Person?

Name, Adresse der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes/Spitals

Bei welcher Versicherung/Krankenkasse ist diese Person gegen Unfall versichert?