

Schadenaufstellung Personenschäden

Schadenummer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>	Versicherungsnehmer	<input type="text"/>

Verletzung oder Tötung von Personen

1) Name	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
		Verletzung	<input type="text"/>	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

2) Name	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
		Verletzung	<input type="text"/>	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

3) Name	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
		Verletzung	<input type="text"/>	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

4) Name	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
		Verletzung	<input type="text"/>	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

5) Name	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
		Verletzung	<input type="text"/>	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

6) Name	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
		Verletzung	<input type="text"/>	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

7) Name	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
		Verletzung	<input type="text"/>	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	
