

Auftrag Unfall

Versicherung

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Schadennummer

Sachbearbeiter

Telefon

Email

Unfall vom

Erwartete Invalidität

Versicherte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Gewünschte Leistung

- Bedarfsprüfung
- Telefonische Heilverfahrensbegleitung
- Rehamanagement
- Pflegeberatung
- Zusatzleistungen / Sonstiges

Anlage

- Schadensanzeige
- Befundbericht

Assistanceleistungen versichert

- Ja
- Nein

Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift