

# Versicherung für Studierende und Doktorierende für die Folgen unfallbedingter Invalidität



**Schadenanzeige**

**Policen-Nr. 12.118.876**

---

## Angaben zur versicherten Person

## Eingabeversion

Name, Vorname

Imatrikulations-Nummer

Strasse

Plz, Ort, Land

Geburtsdatum

Telefon

Bank/Konto-Nr.

Post / Konto-Nr.

---

## Angaben zum Ereignis

Wann hat sich der Unfall ereignet?

Beschreibung des Unfalles  
(Ort, Hergang usw.)

Art der Verletzung

Am Unfall beteiligte Personen

Name und Adresse des  
Arztes/der Ärztin oder des  
Spitals

---

Ort und Datum , . . .

Unterschrift der versicherten Person