

An **Optima**

Galvanistr. 40/C

39100 Bozen

**MELDUNG ZUR KRANKEN- ODER UNFALLPOLIZZE**

Versicherungsnehmer	Polizzenummer	
Telefon	Fax	E-mail

Fragen	Antworten, welche vom Versicherten anzugeben sind
<b>1.</b> a) Name und Nachname des Versicherten b) Geburtsdatum und -ort c) Anschrift: Wohnort, Straße, Hausnummer d) Beruf	a) b) c) d)
<b>2.</b> a) Datum Schadensfall - Einlieferung b) Ort der Einlieferung c) Diagnose d) Entlassungsdatum	a) b) c) d)
<b>3. NUR AUSFÜLLEN BEI UNFALL:</b> a) Unfalldynamik  b) Ev. Zeugen Vor - Nachname, Adresse und Telefonnummer c) Eingetroffene Behörde	a)  b) c)
<b>4. Vorhergesehene Heilungsdauer</b>	

**DATUM**

**UNTERSCHRIFT**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Für eventuelle Fragen setzen Sie sich bitte mit unserem Schadensbüro in Verbindung.**

Schadensabteilung: E-mail: josefine\_gschnell@optimabroker.it

Schadensbüro: 0471 -061321

Zentrale 0471 - 061320

Fax 0471 - 204 751

Gemäß Art. 11,20,22,24 und 28 des Gesetzes vom 31.12.1996, Nr. 675 erteile ich meine Einwilligung zur Verarbeitung und zur Weiterleitung meiner persönlichen Daten, zum Zweck der Schadensabwicklung. Der Versicherte behält gemäß art. 13 G. 675/96 das Recht der Einsichtnahme, der Richtigstellung sowie der Löschung der Daten, wo legitim.

**DATUM**

**UNTERSCHRIFT**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_