

Schadensmeldung – Unfall

Polizze Nr. / Schaden Nr. _____

KundInnendaten

VersicherungsnehmerIn Name _____
Anschrift _____
Telefon tagsüber _____ Fax _____
E-Mail _____

Versicherte Person Name _____
Anschrift _____
Telefon _____ Fax _____
E-Mail _____
Beruf _____

DienstgeberIn zum Unfallzeitpunkt _____

Schadeneignis

Vorfall Datum / Uhrzeit _____ Ort _____

**Beschreibung
des Schadenherganges**

**Wann erfolgte erstmals ärztliche
Hilfe** Datum / Uhrzeit _____
Name Arzt / Ärztin _____
Anschrift _____
Tel. / Fax / E-Mail _____

Arbeits- / Arbeitswegunfall nein ja

Behördliche Aufnahme

des Schadens durch die Polizei nein ja, Dienststelle _____
Aktenzahl _____

Wenn die verletzte Person den Unfall als KFZ-LenkerIn oder InsassIn erlitt

Art des gelenkten KFZ _____
Kennzeichen _____
Führerschein * Nummer _____
Ausstellungsbehörde _____
Gruppen _____

* nach Möglichkeit Kopie beilegen

Allgemeines

Alkoholkonsum vor dem Unfall nein ja, Menge _____

Zeugen des Unfalls Name _____

Anschrift _____

Telefon / Fax _____

E-Mail _____

Bestehen weitere Versicherungen gegen

Unfall Gesellschaft / Polizze Nr. _____

Krankheit Gesellschaft / Polizze Nr. _____

Früher erlittene Unfälle, Erkrankungen, Gebrechen? (Jahresangabe, jetzige Folgen)

Bei Spitalsbehandlung Spital _____

Behandlung ambulant von / bis _____

Aufenthalt stationär von / bis _____ Bei bestehender Spitalgeldversicherung bitte eine

Aufenthaltsbescheinigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe mit- oder nachsenden.

Jetzt behandelnde/r Name _____

Arzt / Ärztin Anschrift _____

Tel. / Fax / E-Mail _____

Bestätigung durch behandelnde/n Arzt / Ärztin

Diagnose _____

Derzeitiger objektiver Befund _____

Dauer der stat. Behandlung _____

Dauer der _____

gänzlichen Arbeitsunfähigkeit _____

teilweisen Arbeitsunfähigkeit _____

Ist mit einer Dauerinvalidität zu rechnen nein ja

Datum / Unterschrift des / der behandelnden Arztes / Ärztin _____

Zahlung der Entschädigung

an IBAN _____ BIC _____

KontoinhaberIn _____

Sonstiges

Ermächtigung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser und Rehab- bzw. Kuranstalten in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Datum, Ort

Unterschrift VersicherungsnehmerIn

Unterschrift versicherte Person