

Unfall - Schadenmeldung

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

Kundendaten - Versicherte Person	
Name:	_____
Anschrift:	_____
Telefon tagsüber:	Fax: _____
E-Mail:	_____
Beruf:	_____
DienstgeberIn zum Unfallzeitpunkt:	_____

Schadensereignis	
Datum/Uhrzeit/Ort des Vorfalles:	_____
Beschreibung des Schadenherganges:	_____

Datum/Uhrzeit, wann erstmals ärztliche Hilfe erfolgte:	_____
Name des Arztes/der Ärztin:	_____
Anschrift:	_____
Tel./Fax/E-Mail:	_____
Ereignete sich der Unfall bei der Arbeit oder auf dem Weg von bzw. zur Arbeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Unfall - Schadenmeldung



Behördliche Aufnahme

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? ja nein

Wenn ja, Dienststelle/Aktenzahl: _____

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

Art des gelenkten KFZ: _____

Kennzeichen/Führerschein Nr.: _____

Ausstellungsbehörde: _____

Gruppen: _____

(bitte eine Kopie des Führerscheins beilegen)

Allgemeines

Alkoholkonsum vor dem Unfall? ja, Menge: _____ nein

Gab es Zeugen des Unfalls? (Wenn ja, bitte Kontaktdaten anführen): ja nein

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Bestehen weitere Versicherungen gegen Unfall oder Krankheit? ja nein

Gesellschaft/Polizzen Nr. *(bei Unfallversicherung)*: _____

Gesellschaft/Polizzen Nr. *(bei Krankenversicherung)*: _____

Hatten Sie früher erlittene Unfälle/Erkrankungen/Gebrechen? ja nein

Wenn ja, in welchem Jahr? Haben Sie Folgeschäden davongetragen, welche? _____

Wurden Sie in einem Spital behandelt? (Wenn ja, bitte ausfüllen): ja nein

Spital: _____

Behandlung ambulant von/bis: _____

Aufenthalt stationär von/bis: _____

(Bei bestehender Spitalgeldversicherung bitte Aufenthaltsbescheinigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe mit- oder nachsenden).

Unfall - Schadenmeldung



Allgemeines

Name behandelnde/r Arzt/Ärztin: _____

Anschrift: _____

Tel./Fax/E-Mail: _____

Bestätigung durch behandelnde/n Arzt/Ärztin

Diagnose: _____

Derzeitiger objektiver Befund: _____

Dauer der stationärer Behandlung: _____

Dauer der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit: _____

Teilweise Arbeitsunfähigkeit: _____

Ist mit einer Dauerinvalidität zu rechnen?

ja

nein

Datum/Unterschrift behandelnde/n Arzt/Ärztin: _____

Zahlung der Entschädigung

Kontoinhaber/in: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC/Swift: _____

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

