

# U N F A L L - S C H A D E N S M E L D U N G

Versicherungsnehmer

Versicherer

Vermittler

Name 1			<b>Versicherungsmakler</b>
Name 2			<b>Johann Franta</b>
Straße			<b>Gösting 136</b>
Ort			<b>2225 Zistersdorf</b>
Telefon			<b>02532 27 67</b>
Fax			<b>02532 27 674</b>

**Schadennummer:**

**Pol.Nummer:**

**Versicherungsnehmer**

**Versicherte Person (Name und Anschrift)**

Geburtsdatum	Beruf	Geburtsdatum	Beruf	Telefon (8-6Uhr)

Überweisungen erbeten an

Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer

Unfallzeitpunkt	Aufnehmende Polizeidienststelle

Unfallort	Name und Anschrift von Zeugen

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	Wenn Verletzter KFZ –Lenker war, Art des benützten Kraftfahrzeuges.

Wurde ein Alko - Test vorgenommen?	Führerscheindaten des Lenkers		
	Ausstellungsbehörde	Gruppe	Ausstellungsdatum
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Bericht über den Unfallhergang (ev. mit Skizze)

**Vollmacht** zu Vorfall vom . Ich ersuche Sie höflich der Versicherung zu gestatten, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die Versicherung ermächtige, eine Abschrift der /des Krankengeschichte /Ambulanzprotokolls obigen Unfall betreffend zu beschaffen.

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten

Genaue Bezeichnung der Verletzungen und Unfallfolgen:		
Wann und bei wem erfolgte erstmals ärztliche Hilfe?		
Spitalsbehandlung		
Stationär vom:	bis:	ambulant vom:
Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes		
Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte (mit)versichert?		
Bestehen weitere Versicherungen? (Bitte auch Polizzennummer angeben)		
gegen Unfall bei	gegen Krankheit bei	
Angaben über frühere Unfälle, Krankheiten und Gebrechen mit jetzigen Folgen	Wird der Unfall nach Absicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Bitte beachten Sie:</b> Bei stationärer Behandlung und bestehen einer Spitalgeldversicherung ist eine Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe vorzulegen. Alle Angaben sind vollständig, vorbehaltlos und wahrheitsgetreu zu machen.		
Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers
Anfangsbericht des behandelnden Arztes		