

## UNFALL Schadenmeldung

Versicherungsgesellschaft:	Polizzenummer:
----------------------------	----------------

### VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma	
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	
Telefonnummer	

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung
--------------------------------------

### VERSICHERTE (UNFALLBETROFFENE) PERSON

Vor- und Zuname	Geburtsdatum
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	
Telefonnummer	

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung
--------------------------------------

### EREIGNISBESCHREIBUNG

Schadendatum/Uhrzeit	Ort
----------------------	-----

Behördlich aufgenommen?  ja  nein Von wem?  
Geschäftszahl:

Genaue Sachverhaltsdarstellung
--------------------------------

### FALLS DIE VERLETZTE PERSON KFZ-LENKER WAR:

Führerscheinnummer	Gruppe(n)	ausgestellt am:	ausgestellt von
--------------------	-----------	-----------------	-----------------

## ALLGEMEINE FRAGEN

Art der Verletzung?

Arbeitsunfähigkeit von                      bis einschließlich

Voraussichtliche Behandlungsdauer      Name und Adresse des behandelnden Arztes?

Krankenhaus       ambulant       stationär      von                      bis

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?       ja                       nein  
 möglicherweise

Handelt es sich um einen Freizeitunfall?       ja                       nein

Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?       ja                       nein

Wenn „JA“ bei welchen Gesellschaften?

Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?       ja                       nein

Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogen-Missbrauch etc.)       ja                       nein

Wenn JA, wie?

Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?       ja                       nein

## BANKVERBINDUNG

Entschädigungszahlung an Kontoinhaber      Bankleitzahl / Bank      Konto-Nummer

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

- a) Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der zuständigen Versicherungsgesellschaft über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- b) Ich bevollmächtige die zuständige Versicherungsgesellschaft sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des  
Versicherungsnehmers