

SCHADENMELDUNG
Unfallversicherung

Peter Pfohl

Unabhängiger Versicherungsmakler und Vermögensberater

A-1010 Wien Marc Aurel-Straße 6 / 8

Tel. Mobil: 0699 / 100 50 785 Tel.: Festnetz: 929 15 20 Fax.: 929 15 20 20

e-Mail: office@pfohl.at

Versicherungsnehmer

Name:
Anschritt:
Telefon:
Polizzennr.:

Verletzter:

Name:
Beruf:
Geb.datum:

Unfallbericht

Datum: Uhrzeit:
Ort:

Art des Unfalles: (Auswahl)

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen ?
Aktenzeichen:

Name und Anschrift der Zeugen:

Name	PLZ	Stadt	Strasse und Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schadensfallhergang

Hatte der Verletzte in den letzten 12 h vor dem Unfall Alkohol genossen ? (ja/nein)

Wurde eine Blutprobe entnommen? (ja/nein)

Wenn ja, mit welchem Ergebniss?

Bei Verkehrsunfällen:

Name und Anschrift der Fahrzeuginsassen zum Zeitpunkt des Unfalles:

Name	PLZ	Stadt	Strasse und Hausnummer

Angaben zum Lenker:

Name:
Anschrift:
Geb.Datum:
Telefon:

Führerscheindaten des Lenkers

Austellende Behörde: Führerscheinr.:
Ausstellungsdatum: Gruppen:
Behördliches Kennzeichen des KFZ:
War der Lenker Berufslenker? (ja/nein)
Wurde die Fahrt mit Wissen und Willen des VN ausgeführt? (ja/nein)
Zweck der Fahrt

Angaben zur Verletzung:

Name u. Anschrift der behandelnden Ärzte (Krankenhaus):

Krankenhaus/Arzt	PLZ	Stadt	Strasse und Hausnummer

Erster Behandlungstag: Urzeit:
Welcher Arzt:
Was hat er angeordnet:
Unterbringungsdauer im Krankenhaus: Tage

Welche Verletzungen sind eingetreten ?

--

Ist der Verletzte zu Hause oder wo sonst ?

Wann wird er voraussichtlich wieder arbeitsfähig sein? (Datum)

War der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund? (ja/nein)

Unter welcher Erkrankung (Verletzung/Gebrechen) leidet er neben dem Unfall ?

Erkrankungen:

Seit wann? (Datum)

Erkrankungen:	Seit wann? (Datum)

Bei welcher Versicherung besteht eine weitere Unfallversicherung ?

Wo war der Versicherte früher Unfallversichert ?

Erhielt er früher eine Unfallschädigung, ggf. wann? (ja/nein)

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Schaden gemeldet ?

Aktenzeichen:

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an ?

Die Überweisung hat zu erfolgen an: (Auswahl)

Auszahlungsart: (Auswahl)

Bankverbindung:

Kontoinhaber

Bankleitzahl, Bank

Kontonummer

Schweigepflicht-Entbindungserklärung:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers