



Versicherungs-Aktiengesellschaft

Schadenmeldung Unfall

Polizzennummer/Schadennummer

Ver-sicherungs-nehmer Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

PLZ/Ort/Straße/Hausnummer Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

Versicherte (unfall-betroffene) Person

Vor- und Zuname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Ort / Straße / Hausnummer	Telefon (zw. 8 u. 16h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beschäftigung und Nebenbeschäftigung	
<input type="text"/>	

Ereignisbe-schreibung

Schadendatum / Uhrzeit Ort

Behördlich aufgenommen? ja nein Von wem? Geschäfts-zahl

Genau Sachverhaltsdarstellung

Führer-Schein-daten

Falls die verletzte Person Kfz-Lenker war:

Führerscheinnummer	Gruppe(n)	ausgestellt am:	ausgestellt von:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Allgemeine
Fragen**

Art der Verletzung?

Arbeitsunfähig von

bis einschließlich

Voraussichtliche Behandlungsdauer

Name und Adresse des behandelnden Arztes?

Krankenhaus

ambulant

stationär

von

bis

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

Bei welchen Gesellschaften?

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

Wenn ja, in welcher Menge?

Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?

(z. B. Brüchen, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch,...)

ja nein

Wenn ja, wie?

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

**Bankver-
bindung**

Entschädigungszahlung an

Kontoinhaber

Bankleitzahl / Bank

Konto-Nummer

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

- Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der _____ über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- Ich bevollmächtige die _____ 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