

## Schadensanzeige Unfallversicherung

	Antragsteller / VN	Versicherer	Vermittler
Name:			Versicherungspartner GmbH
Straße:			Rupertgasse 24
Ort:			5020 Salzburg
Telefon:			0662/648222
Fax:			0662/648222 - 20

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Fam.-Stand: \_\_\_\_\_

VM-Nr. \_\_\_\_\_

Meldedatum: \_\_\_\_\_ (von VN gemeldet)

Vertragsnr.: \_\_\_\_\_

Schadentag: \_\_\_\_\_

um \_\_\_\_\_ Uhr

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Entdeckt am: \_\_\_\_\_

um \_\_\_\_\_ Uhr

Von: \_\_\_\_\_

**Weiterleitung an Gesellschaft**

Art: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Schaden:**

Unfall-Schadenanzeige zu Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Unfallverletzte Person: a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Schadenort: \_\_\_\_\_

Unfallhergang:

\_\_\_\_\_

Schadenmeldung an den Versicherungsmakler: \_\_\_\_\_

- Die genaue Schadenmeldung wird von versicherter Person erst später abgegeben, da diese Person sich derzeit in stationärer Behandlung befindet. Klinik: \_\_\_\_\_
- Versicherte Person ist verstorben, Schadenmeldung folgt.
- Schadenmeldung vorab, mündlich; gemeldet an: \_\_\_\_\_ der Gesellschaft.

**Weitere Fragen zum Schaden:**

Art der Verletzung, wenn bekannt: \_\_\_\_\_

Wann erfolgte die 1. ärztliche Behandlung wegen des Unfalls? \_\_\_\_\_

Durch welchen Arzt erfolgte diese erste Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche Ärzte wurden noch hinzugezogen? \_\_\_\_\_

Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt? (bei KHTG bitte Beleg incl. Diagnose vom Krankenhaus nachreichen!)

nein       ja, Klinik: \_\_\_\_\_

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

nein       ja, Dienststelle: \_\_\_\_\_

Tagebuch-Nummer: \_\_\_\_\_

Sind Zeugen vorhanden?

nein       ja, Name/Adresse: \_\_\_\_\_

Hat die Person(en) innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?

nein       ja; folgende: \_\_\_\_\_

Ist eine Blutprobe erfolgt?

nein       ja, Ergebnis: \_\_\_\_\_ ‰

**Fragen zu den Versicherungsverhältnissen:**

Bei welcher Krankenkasse ist der/die Verletzte versichert? \_\_\_\_\_

Bei Arbeitsunfall Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen der verletzten Personen?

nein       ja, seit/bis: \_\_\_\_\_  
Versicherer: \_\_\_\_\_      Versicherte Person: \_\_\_\_\_

Bestanden oder bestehen Lebensversicherungen/Berufsunfähigkeitsversicherungen? (wenn relevant)

nein       ja, und zwar: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

**Bei Kraftfahrzeug-Unfällen:**

Fahrzeugart:       PKW       LKW       Krad       Fahrrad

Fahrer des Fahrzeuges: \_\_\_\_\_

Ggf. Führerschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Führerschein-Datum: \_\_\_\_\_

Halter des Fahrzeuges: \_\_\_\_\_

Versichert bei: \_\_\_\_\_

Wieviele Insassen befanden sich im Fahrzeug? \_\_\_\_\_

Hatte sich der Verletzte angeschnallt?       nein       ja

**Sonstige Fragen:**

Welche Vorerkrankungen hat die verletzte Person(en) bisher durchgemacht?

\_\_\_\_\_

Hat die verletzte Person(en) schon vor diesem Unfall Verletzungen erlitten?

nein       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Worin bestand die hauptberufliche Tätigkeit des/der Verletzten vor dem Unfall?

\_\_\_\_\_

Vorstehende Fragen wurden nach bestem Gewissen beantwortet. Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit dem Versicherer gegenüber von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungs-träger und Behörden, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person(en) / VN: \_\_\_\_\_