

Eingangsstempel

## Schadenmeldung Unfallversicherung

Bitte senden Sie die Schadenmeldung vollständig  
ausgefüllt an die für Ihren Wohnsitz  
zuständige Schadenabteilung

Polizzennummer: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie die Schadenmeldung in allen Punkten genau aus und legen Sie den Anfangsbericht Ihrem behandelnden Arzt zur Ergänzung vor. Wir werden sofort nach Erhalt Stellung nehmen.

ZUTREFFENDES BITTTE ANKREUZEN			
Versicherungsnehmer		Schadennummer	
Genaue Anschrift		Telefon	
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Land
BITTE DEUTLICH SCHREIBEN			
Vor- und Zuname des/der Verletzten:			
Anschrift			
Beruf:		Geburtsdatum des/der Verletzten	
1 Tag des Unfalles:	Uhrzeit.	11 Krankenkasse des/der Verletzten.	
2 Ort des Unfalles:		12 War der/die Verletzte alkoholisiert O ja O nein	
3 Welche Polizei- bzw. Gendarmeriestelle hat interveniert? O ja O nein		13 War der/die Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund? O ja O nein	
4 Lenkte der/die Verletzte ein Fahrzeug O ja O nein		14 Hat der/die Verletzte schon einmal einen Unfall erlitten? O ja O nein	
5 Führerscheindaten:		14a Ist daraus eine Invalidität verblieben? O ja O nein	
6 Kennzeichen des Kraftfahrzeuges		14b Worin bestand diese Invalidität?	
7 Lag Alkoholisierung des Lenkers vor? O ja O nein			
8 Wieviele Insassen – einschließlich des Lenkers – befanden sich beim Umfall im versich. Fahrzeug?			
9 Name und Anschrift des Lenkers:		15 Seit wann besteht die Krankheit/das Gebrechen/ die Invalidität? Seit _____	
10 Bestehen andere Unfallversicherungen bzw. private Krankenversicherungen? O ja O nein		16 Wurde eine Invaliditätsentschädigung bereits bezahlt? O ja O nein	
10a Bei welcher Gesellschaft?		16a Wenn ja: wann? Von welcher Gesellschaft?	

Raimund Leimlehner - Versicherungsmakler

Ausführliche Darstellung des Unfallherganges:

Überweisung erbeten auf Konto-Nr.

bei (Bankverbindung, BLZ)

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich

- a) die Fragen in der Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe;
- b) die Ärzte und Krankenanstalten von ihrer Schweigepflicht über derzeitige oder etwaige frühere medizinische Behandlungen und Hilfeleistungen gegenüber der oben genannten Versicherung und den von ihr beauftragten Personen entbinde;
- c) die obengenannte Versicherung und die von ihr beauftragten Personen bevollmächtige, in einen behördlichen oder gerichtlichen Strafakt Einsicht zu nehmen;
- d) die obengenannte Versicherung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an Dritte ermächtige, soweit dies zur versicherungstechnischen Abwicklung eines Unfallschadens notwendig ist.

Es ist mir bekannt, dass unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken können.

Datum

Unterschrift des(r) Versicherungsnehmers(in)  
Bitte möglichst deutlich schreiben!

Unterschrift des Verletzten

### BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES

1 Diagnose (möglichst genaue Beschreibung der Verletzung)	4 Stationäre Behandlung <span style="float: right;">O ja    O nein</span>
	4a Dauer: vom _____ 20__ bis _____ 20__
	4b In welchem Krankenhaus?
2 Wann wurde die ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? _____ 20__ _____ Uhr	5 Dauer des Krankenstandes vom _____ 20__ bis _____ 20__
2a Von wem wurde sie geleistet?	Wenn möglich Bestätigung (z.B. des Sozialversicherers – beilegen)
3 Ist die Verletzung ausschließlich und unmittelbar durch den Unfall verursacht worden? <span style="float: right;">O ja    O nein</span>	
3a Oder wirkten andere Umstände mit? (z.B. Krankheitszustände, frühere Verletzungen)	6 Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten <span style="float: right;">O ja    O nein</span>
	Abrechnung Spitalgeld _____ Tage á EUR _____ =EUR _____ Taggeld _____ Tage á EUR _____ =EUR _____ Unfallgeld: 1/1 _____ Tage á EUR _____ =EUR _____ 1/2 _____ Tage á EUR _____ =EUR _____ 1/4 _____ Tage á EUR _____ =EUR _____
3b Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert? <span style="float: right;">O ja    O nein</span>	Attestgebühr: _____ =EUR _____ Auszahlungsbetrag: _____ =EUR _____
3c In welchem Grad oder Umfang?	
_____, am _____ 20__	Betrag erhalten
Der behandelnde Arzt	Unterschrift des Versicherungsnehmers