

Schadenmeldung – Unfallversicherung

Sie können Ihre Schadenmeldung auch direkt online ausfüllen und absenden - oder senden Sie uns Ihre ausgefüllte u. unterschriebene Schademeldung an E-Mail: www.agentur-draxler.at office@agentur-draxler.at

Polizze Nr. / Schaden Nr. _____

KundInnendaten

Versicherungs- nehmerIn	Name	<hr/>		
	Anschrift	<hr/>		
	Telefon tagsüber	<hr/>	Fax	<hr/>
	E-Mail	<hr/>		
Versicherte Person	Name	<hr/>		
	Anschrift	<hr/>		
	Telefon	<hr/>	Fax	<hr/>
	E-Mail	<hr/>		
	Beruf	<hr/>		
Dienstgeber(In) zum Unfallzeitpunkt	<hr/>			

Schadenereignis

Vorfall	Datum/Uhrzeit	_____	Ort	_____
Beschreibung des Schadenhergangs	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
	Tel./Fax/E-Mail _____			

10.000 10.000 10.000

des Schadens durch die Polizei nein ja, Dienststelle _____
Aktenzahl _____

Wenn die verletzte Person den Unfall als KFZ-LenkerIn oder InsassIn erlitt

Art des gelenkten KFZ	<input type="text"/>						
Kennzeichen	<input type="text"/>						
Führerschein *	<table> <tr> <td>Nummer</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ausstellungsbehörde</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Gruppen</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Nummer	<input type="text"/>	Ausstellungsbehörde	<input type="text"/>	Gruppen	<input type="text"/>
Nummer	<input type="text"/>						
Ausstellungsbehörde	<input type="text"/>						
Gruppen	<input type="text"/>						

* nach Möglichkeit Kopie beilegen

Allgemeines

Alkoholkonsum vor dem Unfall nein ja, Menge _____

Zeugen des Unfalles Name _____

Anschrift _____
Telefon/Fax _____
E-Mail _____

Bestehen weitere Versicherungen gegen

Unfall Gesellschaft / PolizzeNr _____

Krankheit Gesellschaft / PolizzeNr _____

Früher erlittene Unfälle, Erkrankungen, Gebrechen? (Jahresangabe, jetzige Folgen)

Bei Spitalsbehandlung Spital _____

Behandlung ambulant von/bis _____

Aufenthalt stationär von/bis _____

Bei **bestehender Spitalgeldversicherung** bitte eine

Aufenthaltsbescheinigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe mit- oder nachsenden.

Jetzt behandelnde/r Name _____

Arzt/Ärztin Anschrift _____

Tel./Fax/E-Mail _____

Bestätigung durch behandelnde/n Arzt/Ärztin

Diagnose _____

Derzeitiger objektiver Befund _____

Dauer der stat. Behandlung _____

Dauer der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit _____

teilweisen Arbeitsunfähigkeit _____

Ist mit einer Dauerinvalidität zu rechnen nein ja

Datum / Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin _____

Zahlung der Entschädigung

an _____ Bankleitzahl _____ Konto Nr. _____
KontoinhaberIn _____

Sonstiges

Ermächtigung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser und Rehab- bzw. Kuranstalten in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

..... Datum, Ort

..... Unterschrift Versicherungsnehmer(In)

..... Unterschrift versicherte Person