

UNFALL - SCHADENSMELDUNG

Versicherungsnehmer

Versicherer

Vermittler

Titel			Versicherungs Service Center 4523 Neuzeug, Steyrtalstr. 16 Tel.: 07259/3980 Fax 07259/398039
Nachname			
Vorname			
Strasse			
Plz/Ort			

Polizzenummer	Schadennummer
----------------------	----------------------

Unfallbetroffene Person:

Zeitpunkt des Unfalls:	Ort des Unfalls:
------------------------	------------------

Beschreibung des Ereignisablaufes:

<input type="checkbox"/> Knochenbruchleistung	<input type="checkbox"/> Taggeld-/Spitalgeldleistung
--	---

<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (Wegunfall)	<input type="checkbox"/> gesetzlich unfallversichert bei
--	--

Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten?	<small>Aktenzahl</small>
---	--------------------------

Ist die versicherte Person auch bei einer anderen Gesellschaft versichert?	<input type="checkbox"/> ja bei
--	---------------------------------

Führerscheindaten (falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

Ausstellungsdatum, Ausstellende Behörde, Führerscheinnummer, Fahrzeuggruppen

Ermächtigung und Bankverbindung

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

Leistung überweisen auf

<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Versicherte Person	<input type="checkbox"/> Sonstigen
<input type="checkbox"/> über Post		
<input type="checkbox"/> über Bank		

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.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Verletzten	Unterschrift:VersicherungsnehmerIn
------------	---------------------------------	------------------------------------