

UNFALL - SCHADENANZEIGE

Polizzen Nummer (unbedingt anführen): _____

Schaden Nummer (falls bereits bekannt): _____

VERSICHERTE (verletzte) PERSON

Familienname, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Beschäftigung zum Unfallzeitpunkt
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
Telefonnummer (Tagsüber erreichbar)	E-Mail Adresse	

ALLGEMEINE ANGABEN ZUM UNFALL

Zeitpunkt des Unfalls (Datum und Uhrzeit)	Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
		<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall
Waren Sie zum Unfallzeitpunkt gesetzlich unfallversichert?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wurde der Unfall bei der gesetzlichen Unfallversicherungsanstalt gemeldet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?		
<input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> im Haushalt		
<input type="checkbox"/> beim Sport (Angabe der Sportart) _____		
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall als Lenker eines Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall als Beifahrer		
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad (Angabe cm ³ _____) <input type="checkbox"/> Moped (Angabe cm ³ _____)		
Waren Sie als Lenker zum Unfallzeitpunkt im Besitz einer gültigen Lenkerberechtigung? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Bitte Führerscheinkopie beilegen (Vorder- und Rückseite)!		
Bestand zum Unfallzeitpunkt eine Alkoholisierung? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Wurde der Unfallhergang von der Polizei aufgenommen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Wenn ja, bitte Adresse der Dienststelle angeben (PLZ und Ort) _____		
Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls (falls der Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort)		

Bestehen weitere Unfall- oder Krankenversicherungen bei anderen Versicherungsgesellschaften? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Versicherungsgesellschaften	Polizzen Nummer	Art der Versicherung (Unfall oder Kranken)
_____	_____	_____
Sind Sie Mitglied beim Alpenverein oder haben Sie eine Kreditkarte mit Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
wenn ja, Angabe der Mitgliedsnummer (Alpenverein) bzw. der Kreditkartengesellschaft und Kartenummer		

→ ERFORDERLICHE UNTERLAGEN: **sämtliche vorhandene medizinische Berichte, Ambulanzkarten, MR-,CT und Röntgenbefunde (keine Bilder), Kopie Führerschein bei Verkehrsunfall**

ERMÄCHTIGUNGSERKLÄRUNG
Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zweck der Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group Team s Versicherung alle medizinischen Unterlagen (z.B. Anamnese, Krankengeschichte, Operationsbericht, Ambulanzprotokoll, Arztbericht, Laboruntersuchung inkl. Blutalkoholbefund, Röntgen- und nuklearmedizinischer Befund, Gutachten von privaten oder gesetzlichen Versicherungen) und betreffende Akten bei Behörden (z.B. Polizei-protokoll inkl. Alkoholmessergebnisse, Gerichtsakte) zur Verfügung gestellt werden.
Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer ärztlichen und/oder sonstigen beruflichen Schweigepflichten entbunden sind. Diese Zustimmung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass die Prüfung der vertraglichen Leistungspflicht eingestellt wird.

Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben - dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben oder elektronisch erfasst wurden. Den Datenschutzhinweis unter www.s-versicherung.at habe ich gelesen. Durch meine Unterschrift akzeptiere ich die Behandlung meiner Daten entsprechend den Regelungen dieses Datenschutzhinweises.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte (verletzte) Person

Unterschrift des/der Versicherungsnehmer/s



ÄRZTLICHER BERICHT (des behandelnden Arztes)

Name und Geb.Datum der verletzten Person: _____

Polizze Nummer: _____ Schaden Nummer: _____

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? (Datum, Uhrzeit) _____

Wer hat sie geleistet? _____

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose in Deutsch): _____

Arbeitsunfähigkeit: völlige 100%ige Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____

teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____

War der/die verletzte Person im Krankenhaus: JA NEIN

Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Hat der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge?

JA welche: _____

MÖGLICHERWEISE welche: _____

NEIN

Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall:

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z.B. alte Verletzungen oder Degenerationen (Bänder, Kapseln, Knorpel, Sehnen, Meniski usw.)?

Sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkungen, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

JA NEIN wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

JA NEIN wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

Erforderliche ÜBERWEISUNGSDATEN:
IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--

(IBAN für Inlandsüberweisung = 20 Stellen – bitte jeweils 4 Stellen eintragen)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes