



## Unfallversicherung Schadenbericht

Polizzen-Nummer:

Schaden-Nummer:

### Versicherungsnehmer

### Versicherte Person (Verletzter)

Vorname Nachname:

Vorname Nachname:

Adresse:

Adresse:

Telefon:

Telefon:

E-Mail:

E-Mail:

Beruf:

Beruf:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

### Wann hat sich der Unfall ereignet?

Datum:

Uhrzeit:

Unfallort:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf:

Geschäftszahl:

Zeugen (Name, Adresse, Telefon-Nr.):

Schilderung des Unfallherganges:

Verwandtschaftsverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Verletztem:

Bestehen noch bei anderen Versicherungsgesellschaften Unfall- oder Krankenversicherungen?

Ja  Nein

Gesellschaft:

Polizzen-Nummer(n):

Haben Sie schon früher eine Unfallschädigung von einer Versicherungsgesellschaft erhalten?

Ja  Nein

Gesellschaft:

Polizzen Nr.

Betrag EUR:

Welche Körperteile sind verletzt (Art der Verletzung)?

Name und Adresse des Arztes, der Sie wegen des Unfalles behandelt:

Sind oder waren Sie wegen des Unfalles in Spitalspflege?

Wenn ja, in welchem Spital?

Waren Sie bei Eintritt des Unfalles vollkommen gesund oder hatten Sie irgendein Leiden oder Gebrechen?

Falls sich der Unfall beim Lenken eines Kraftfahrzeuges ereignete:

Führerschein- Nr.:

Führerscheinklassen:

Führerschein ausgestellt von:

ausgestellt am:

Haben Sie eine Kreditkartenversicherung oder sind Sie Mitglied bei Organisationen mit Versicherungsschutz (z.B. Naturfreunde, Österr.

Alpenverein, ÖAMTC, ABRÖ, udgl.?) - Karten- oder Mitglieds Nr.:

Ja  Nein

Verein / Gesellschaft:

Haben Sie in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente, welche die Verkehrstüchtigkeit einschränken, konsumiert? Falls ja, wieviel?

Ja  Nein

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.

Ich ermächtige meine Unfallversicherung sowie deren Vertreter, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten, insbesondere Strafakte und in meine Krankengeschichte Einsicht zu nehmen und davon Kopien anzufertigen. Ebenso ermächtige ich die Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, jede Auskunft zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Schadenmeldung an: [schaden@fivoinvest.at](mailto:schaden@fivoinvest.at)