

Unfallversicherung Schadenbericht



FIVoInvest

FIVoInvest GmbH

Der direkte Draht für Schadensauskünfte
office@fivoinvest.at
T +43 (0)6582 / 71066-0
F +43 (0)6582 / 71066-20
Lofererstraße 46
A-5760 Saalfelden

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer	Versicherter (Verletzter)
Familien- u. Vorname: _____	_____
Adresse: _____	_____
Telefon-Nr., E-Mail: _____	_____
Beruf: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Name des Geldinstitutes: _____	IBAN (LKZ / BLZ / Kontonummer): _____
BIC: _____	_____
Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.	
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 Unfallversicherungen? Gesellschaft: _____	Polizzen-Nummer(n): _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie schon früher eine Unfallschädigung von einer Versicherungsgesellschaft erhalten? Gesellschaft: _____	Polizzen-Nummer(n): _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betrag: EUR _____
Welche Körperteile sind verletzt (Art der Verletzung)? _____	
Name und Adresse des Arztes, der Sie wegen des Unfalles behandelt: _____	Bei mitversichertem Spitalgeld und/oder Taggeld können die umseits vorgedruckten Bestätigungen verwendet werden!
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.: _____	Führerschein-klassen: _____
Führerschein ausgestellt von: _____	Führerschein ausgestellt am: _____
Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.	
Ich ermächtige die _____ sowie deren Vertreter, in alle diesen Vorfalle 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

Spitalaufenthalts-Bestätigung

Zur Vorlage bei:

Der (die) Patient(in):

Geburtsdatum:

Adresse:

befand/befindet sich

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei uns in stationärer Behandlung.

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

Datum

Krankenhausstempel und Unterschrift

Arzt-Bestätigung

Zur Vorlage bei:

Herr / Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

ist/war aufgrund des Unfalles

vom

von

bis

wegen (Diagnose)

arbeitsunfähig.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes