|  |
| --- |
| *SZVETECZ & PARTNER*  *VERSICHERUNGSMAKLER KG*  *ALKERSDORFERSTR. 25A, 2561 Hernstein*  *tel. 02633/47 548, fax: 02633/47 348*  *E-Mail: office@szv-versichert.at*  *internet: www.szv-versichert.at* |

*UNFALL-SCHADENANZEIGE*

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** |  |
| **Polizzennummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherter (Verletzter)** | |
| Vor- und Zuname, Geb. Datum |  |
| PLZ, Ort, Straße, Hausnummer |  |
| Beruf (Tätigkeit) zum Zeitpunkt des Unfalles |  |
| Wenn arbeitslos, seit wann |  |
| Wenn Notstandshilfe, seit wann |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Welcher Unfall liegt vor? | Arbeits(-weg)unfall  Unfall bei einer Tätigkeit in einem Zweitberuf  Freizeitunfall |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wann hat sich der Unfall ereignet? | Datum | Uhrzeit |

|  |  |
| --- | --- |
| Wo ereignete sich der Unfall ? (Ort, Straße, Raum |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ereignete sich der Unfall bei der Teilnahme an Wettbewerben und/oder Meisterschaften ab Landesliganiveau? | ja  nein | wenn ja, bei welcher |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol? | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sachverhaltsschilderung** (genaue Schilderung von Ursache und Hergang des Unfalles (bei Bedarf bitte Beiblatt verwenden) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bei Verkehrsunfall: Liegt Ihrer Meinung nach fremdes Verschulden vor | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Welche amtliche Stelle hat den Unfallhergang aufgenommen? Bitte Name und Geschäftszahl anführen. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name weiterer Unfallbeteiligter |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Durch wen und wann wurde die erste ärztliche Hilfe geleistet? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Haftpflichtversicherung des Unfallgegners (Versicherungsunternehmen und Polizzen-Nr.) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift des behandelnden Arztes |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Spitalsbehandlung stationär | vom |  | bis |  |
| Spitalsbehandlung ambulant | vom |  | bis |  |
| Bezeichnung und Anschrift des Spitals |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wurde wegen einer bleibenden Invalidität an einen Sozialversicherungsträger eine Meldung gemacht? | ja  nein | wenn ja, bei welcher |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bei welcher Anstalt bestehen weitere Lebens-, Unfall- und Krankenversicherungen? | Versicherungs-unternehmen |  | Polizzen-Nr. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lenkte der Verletzte ein Fahrzeug selbst? | ja  nein | Wenn ja, welches | |  | |
| Führerschein Nr. |  | | Fahrzeuggruppen | |  |
| Ausstellungsbehörde |  | | Ausstellungsdatum | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Anweisung soll erfolgen | per Post  auf mein Konto Nr.  bei der BLZlautend auf |

|  |
| --- |
| Ich ermächtige die oben angeführte Versicherungsanstalt, Ärzte die mich behandeln oder mich schon behandelt haben, ebenso die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung (Krankenkasse), über meinen Gesundheitszustand zu befragen und entbinde sie von ihrer Schweigepflicht.  Weiters bevollmächtige ich den Versicherer, bei allen Ämtern, Behörden und Gerichten über Geschehnisse, die im Zusammenhang mit diesem Unfall stehen, Erkundigungen einzuziehen und sich Abschriften zu verschaffen. Dies gilt auch hinsichtlich der Bestimmungen des Datenschutzes. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift des Versicherten (Verletzten)