

SCHADENANZEIGE

UNFALL

erstellt durch

POLIZZENNUMMER	FAMILIENPASSNUMMER

Versicherungsnehmer (Familienpassinhaber)		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail

Versicherte Person - im Familienpass eingetragene(s) Kind(er)		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail

Angaben zum Unfall	
Unfallort	Unfalltag - Uhrzeit
Was ist passiert (Schilderung)? Welche Verletzungen haben Sie erlitten?	
Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? nein <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja, Behörde: Aktenzahl	

Ist der Verletzte bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert? - Versicherung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei

An wen soll die Entschädigung überwiesen werden? (Vorbehaltlich versicherungsmäßiger Deckung)		
Kontoinhaber	IBAN	BIC

Ich/Wir ermächtige/n die Niederösterreichische Versicherung AG, Einsicht in alle den gegenständlichen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) und in die Krankengeschichte bzw. das Ambulanzprotokoll zu nehmen. Ebenfalls stimme ich der automatisationsunterstützten Verarbeitung meiner Daten und dem automatisationsunterstützten Datenverkehr zum Zweck der Bearbeitung des Versicherungsfalles an die Niederösterreichische Versicherung AG im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr: 165/1999 i. d. g. F., zu.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers



Name VN	POLIZZENUMMER
---------	---------------

Bericht des behandelnden Arztes (Name/Anschrift des behandelnden Arztes)

Art der Verletzung (Diagnose)

Ist mit einer dauernden körperlichen Beeinträchtigung zu rechnen?

Ist die Behandlung abgeschlossen? Wenn nein – voraussichtliches Datum?

War der Verletzte bereits vor dem Unfall verletzt oder mit Krankheit bzw. Gebrechen behaftet?

nein ja, und zwar

Ursache der Verletzung:

Unfallfolgen

Ist ein stationärer Aufenthalt notwendig?

nein ja, im Krankenhaus Von bis

die ambulante Behandlung dauerte Von bis

Ist der Verletzte aufgrund des Unfalles in seiner Beschäftigung behindert?

nein ja, und zwar vollkommen Von bis

 teilweise Von bis

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum _____

Unterschrift des behandelnden Arztes