

An die  
Niederösterreichische Versicherung AG  
Neue Herrngasse 10, 3100 St. Pölten  
Telefon: 02742/9013-0; Fax: 02742/9013-16388  
E-Mail: familienpass@nv.at



Die Niederösterreichische  
Versicherung

# SCHADENANZEIGE

erstellt durch

Polizze Nr.	Familienpass-Nr.

Versicherungsnehmer (Familienpassinhaber)		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
PLZ, Ort	Straße	
Telefon	Mobil	E-Mail

Versicherte Person - im Familienpass eingetragene(s) Kind(er)		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
PLZ, Ort	Straße	
Telefon	Mobil	E-Mail

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 jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers



Name VN	Polizze Nr.
---------	-------------

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 \_\_\_\_\_