

Schadenmeldung Unfall

Schadennummer / Polizzenummer

Ver-
sicherungs-
nehmer

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon (zw. 8 u. 16 h)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

Versicherte
(unfall-
betroffene)
Person

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon (zw. 8 u. 16 h)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung bei (Dienstgeber) zum Unfallzeitpunkt

Ereignisbe-
schreibung

Schadendatum /
Uhrzeit

Ort

Behördlich aufgenommen? ja nein Von wem?

Geschäftszahl

Genaue Sachverhaltsdarstellung

Führer-
schein-
daten

Falls die verletzte Person Kfz-Lenker war:

Führerscheinnummer

Gruppe (n)

ausgestellt am:

ausgestellt von

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Allgemeine Fragen

Art der Verletzung?

Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschließlich _____

Voraussichtliche Behandlungsdauer

Name und Adresse des behandelnden Arztes?

Krankenhaus ambulant stationär

von _____ bis _____

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?

ja nein möglicherweise

Handelt es sich um einen Freizeitunfall?

ja nein

Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?

ja nein

Bei welchen Gesellschaften? Welche Sparten? Polizzi-Nummer

Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? ja nein

Wenn ja, in welcher Menge?

Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?

(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.)
Wenn ja, wie?

ja nein

Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

ja nein

Bankverbindung

Entschädigungszahlung an Kontoinhaber

Bankleitzahl / Bank

Konto-Nummer

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

a) Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der Allianz Elementar Vers.AG über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.

b) Ich bevollmächtige die Allianz Elementar Vers.AG sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Information für den Versicherungsnehmer / Verletzten:

Wir benötigen zur Abrechnung des/der

Taggeldes:

- bei Arbeitnehmern: Krankenstandsbestätigung des Sozialversicherers,
- bei Selbständigen und Bauern: einen vom Hausarzt ausgefüllten Schlussbericht;

Spitalgeldes:

- eine Spitalsaufenthaltsbestätigung;

Dauernde Invalidität: - eine entsprechende ärztliche Bestätigung über unfallkausale Dauerfolgen, frühestens ein Jahr nach dem Unfall.