

Schadensmeldung Unfall			
Polizzenummer und Versicherungsgesellschaft			
Daten des Versicherungsnehmers			
Name			
Anschrift			
Geburtsdatum			
E-Mail		Telefon	
Daten der versicherten Person			
Name		Beruf	
Anschrift			
Geburtsdatum			
E-Mail		Telefon	
Daten über den Unfall			
Schadensdatum		Uhrzeit	
Schadenort			
Bei behördlicher Aufnahme-Aktenzahl			
Behörde			
schuldhafte Personen und/oder Zeugen des Unfalls			
Name			
Geburtsdatum		Anschrift	
E-Mail		Telefon	
Name			
Geburtsdatum		Anschrift	
E-Mail		Telefon	
Wenn es Zeugen gibt, dann nennen Sie Namen, Anschrift, Telefon, E-Mail			
genaue Beschreibung des Unfalls			
Schildern Sie bitte den Verlauf des Unfalls			
Beschreiben Sie bitte Art und Ausmaß der <u>EIGENEN</u> Verletzung			

weitere Daten des Unfalls			
Name und Adresse des behandelnden Arztes			
Sind bzw. waren Sie in Krankenhauspflege?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Name und Adresse des Krankenhauses?			
Ist mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu rechnen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, mit welcher?			
Bei stationären Aufenthalt, Krankenhausaufenthaltsbestätigung und Diagnose beigelegt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei Krankenstand zu Hause, Bestätigung und Diagnose des behandelnden Arztes beigelegt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zahlung der Entschädigung an							
Kontoinhaber							
IBAN	AT	BIC
Bankinstitut							

Ermächtigung und Bankverbindung
Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall
Ich erkläre hiermit dem Versicherer bzw. eine von dieser beauftragten Person meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur personenbezogenen Gesundheitsdatenerhebung zwecks Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.
Umfang der erforderlichen Auskünfte
Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungserscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde) und auch Einsatz-, Behördenprotokolle.
Des Weiteren ermächtige ich den genannten Versicherer bzw. eine von dieser beauftragten Person in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen.
Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer bzw. eine von dieser beauftragten Person Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Datum	
--------------	--

Unterschrift