

Schaden-Nr.
..... / -

Schadenbearbeitung: Schadensservice Linz 05 789171 - 397 oder - 398 oder - 399

Schadenanzeige - Unfallversicherung f. freiwillige Ehrenamtliche

Meldung erforderlich bei Tod, zu erwartender Dauerinvalidität, Spitalsaufenthalt



Polizzenummer : 9310568/0016

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail : _____

Mobil : _____

Bei mehreren verunfallten Personen bitte für jede dieser Personen eine eigene Schadenmeldung ausfüllen !

VERUNFALLTE PERSON	Zuname, Vorname, Titel :		Geschlecht : <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Geburtsdatum	Beruf, dzt. Tätigkeit
	Plz, Postort, Straße, Hausnummer				Telefon	Familienstand
	Sozialversichert bei	Gesetzlich unfallversichert <input type="checkbox"/> nein		weitere private Unfallversicherungen <input type="checkbox"/> nein		
		ja, bei		ja, bei	Pol.Nr.:	
	Führerscheindaten (falls beim Lenken eines KFZ verunfallt)	Führerscheinnummer	Gruppen	ausgestellt am	ausgestellt von	
vor Unfall gesundheitlich beeinträchtigt ?			Vorunfälle mit Dauerfolgen erlitten ?			

Unfall-/Schadeneintritt am	Unfallort	Polizeiaufn. : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
um	Uhr	Dienststelle :
Bei Kfz-Unfall : verunfallte Person war <input type="checkbox"/> LenkerIn <input type="checkbox"/> Insasse <input type="checkbox"/> angegurtet <input type="checkbox"/> nicht angeg.		Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> nein
Wurde der Unfall fremdverschuldet ? <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, bitte um Angabe der Daten des Ersatzpflichtigen)		
ja, von _____		
Schilderung des Ereignisablaufes in Kurzform (evt. Beiblatt) :		
Art der Verletzungen/ Diagnosen		
Ärztliche Bestätigungen <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht <input type="checkbox"/> gibt es nicht		
Name, Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses		Krankenhausaufenthalt (vom/bis einsch.)

_____, am _____ Unterschrift d. Vorletzten _____