

## Schadensmeldung Unfall

Im Falle eines Schadens füllen Sie diesen Fragebogen bitte in Druckbuchstaben oder digital aus und senden Sie ihn anschließend per E-Mail an [schaden-austria@conzeptas.eu](mailto:schaden-austria@conzeptas.eu) oder an Ihren zuständigen Sachbearbeiter.

**Vers.-Nr.** \_\_\_\_\_

**Versicherer** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hsnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Versicherte Person**

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Straße, Hsnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Allgemeine Informationen zum Schaden / Unfall

**Schadeneintritt**

Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

**Schadenort**

Straße, Hsnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Bankverbindung für Zahlungen**

IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

BIC-/SWIFT-Code \_\_\_\_\_

Verletzte Körperteile und Art der Verletzung \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arztes \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt?  ja  nein

Anschrift Krankenhaus \_\_\_\_\_

Dauer der Arbeitsunfähigkeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?  ja  nein

Dienststelle \_\_\_\_\_ Tagebuchnummer \_\_\_\_\_

Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?

ja  nein Art und Menge \_\_\_\_\_

Wurde eine Blutprobe genommen?

ja  nein Ergebnis der Blutprobe in Promille \_\_\_\_\_

Gibt es Vorerkrankungen? \_\_\_\_\_

## Schadenhergang

Bitte schildern Sie den genauen Schadenhergang. (wenn notwendig separates Blatt beifügen)

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

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben prüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache, oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlasste Mitteilungen eines Krankenhauses bzw. von Angehörigen von Heilberufen ergeben.

Zu diesem Zwecke befreie ich von ihrer Schweigepflicht die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung einer Leistungspflicht im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; ferner für die Angehörigen anderer Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherer, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich auch ab für den Fall, dass die verletzte Person von mir vertreten wird und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten