

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 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