**Unfall-Schadenanzeige**



Sachbearbeiter 3 BVM:

**Versicherungsgesellschaft**

**Polizzennummer**

**Schadennummer ..................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Daten des Versicherungsnehmers** | **Daten des Versicherten (Verletzten)** | | |
| Name und Anschrift | Name und Anschrift | | |
| Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr) | Geburtsdatum | Staatsbürgerschaft | derzeit. Beruf |
| Nebenversicherungen  Unfall  Kranken  Leben | Gesellschaft | Polizzennummer | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)  Unfallort (Ort, Straße)  Unfallaufnehmende Polizeidienststelle  Zeugen: Name, Anschrift, Telefon  Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?  Beruf (inkl. Weg)  Freizeit  Verkehr  Sport  im häuslichen Bereich  Schule | | Genauer Bericht (Ursachen und Hergang des Unfalles, wenn nötig Rückseite verwenden) |
| arbeitsunfähig  ja  nein | voraussichtliche Dauer: | Genaue Angabe (ärztliche Diagnose) der durch den Unfall erlittenen Verletzungen |
| Von welchem Arzt (Krankenhaus) wurde Erste Hilfe geleistet  Behandelnder Arzt (Name und Anschrift)  Bei stationärer Behandlung: Behandlung von bis  Angabe des Krankenhauses  Wird der Unfall nach Ansicht des  behandelnden Arztes eine bleibende  Invalidität zur Folge haben  ja  nein | |  |
| Haben Sie Verletzungen, die nicht  durch den Unfall verursacht wurden  ja  nein | | War der Verletzte vor diesem Unfall bereits invalid oder mit einem Gebrechen behaftet  ja  nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bei Verkehrsunfall bitte zusätzlich beantworten** | | **Bei Insassenunfall bitte zusätzlich beantworten** | |
| Name und Anschrift des Lenkers | | Wie viele Personen waren zum Zeitpunkt des Unfalles im KFZ? ...... | Welche Sitze sind mit Sicherheitsgurten ausgestattet?  vorne  hinten |
| Führerschein-Nr.  Ausstellungsbehörde | Ausstellungsdatum  Lenkerberechtigung für | Welche Insassen (Lenker) hatten die Sicherheitsgurte angelegt | |

|  |
| --- |
| Nur eine wahrheitsgemäße und erschöpfende Beantwortung aller Fragen sichert Ihren Anspruch. Striche und andere Zeichen genügen nicht. Ich stimme ausdrücklich zu, dass alle Ärzte, Krankenanstalten, Dentisten, Apotheken, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, der Versicherungsgesellschaft die zur Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. Verletzten |

**Unfall-Schadenanzeige**



Sachbearbeiter 3 BVM:

**Versicherungsgesellschaft**

**Polizzennummer**

**Schadennummer ..................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| An die  **Ärztlicher Bericht** | | | | | |
| Verletzte/Verletzter (Name und Anschrift) | | | | | Geburtsdatum |
| Diagnose | | | | | |
| Arbeitsunfähigkeit  von | bis | Krankenhausauf-enthalt von | bis | Krankenhaus: | |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort Datum Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes |

|  |
| --- |
| **Bitte beachten**   1. Melden Sie uns jeden Unfall unverzüglich, jeden Todesfall innerhalb von 3 Tagen 2. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen! 3. Die behandelnden Ärzte sind zu ermächtigen, die von uns geforderten Auskünfte zu erteilen! 4. Haben Sie auch Spitalgeld versichert, so ist uns nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine Aufenthaltsbescheinigung, auf der die Diagnose eingetragen sein muss, vorzulegen! 5. Im Falle der Mitversicherung von Heilkosten bzw. Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen! 6. Geben Sie bei allen Mitteilungen und Anfragen unbedingt unsere Schadennummer (bzw. Polizzennummer) bekannt   Wenn Sie Rat oder Auskunft brauchen, steht Ihnen der 3 Banken Versicherungsmakler gerne zur Verfügung! |

**Unfall-Schadenanzeige**



Sachbearbeiter 3 BVM:

**Versicherungsgesellschaft**

**Polizzennummer**

**Schadennummer ..................................**

|  |
| --- |
| Name VN  Adresse  Adresse  **Zustimmungserklärung betreffend Überlassung von Gesundheitsdaten zum**  **Schadenfall vom tt.mm.jjjj**  Ich/Wir erkläre(n) mich/uns ausdrücklich damit einverstanden, dass der gesamte Schriftverkehr im gegenständlichen Versicherungsfall vom tt.mm.jjjj über die 3 Banken Versicherungsmakler GmbH (kurz: 3BVM) Stadtforum, 6020 Innsbruck, abgewickelt wird.  Ich/Wir stimme(n) in diesem Zusammenhang ausdrücklich auch der Übermittlung und Überlassung sämtlicher damit verbundener Gesundheitsdaten an den 3BVM zu, die im Rahmen der Schadenfeststellung, insbesondere auch der Einholung von Sachverständigengutachten und Krankengeschichten, festgestellt und bekannt gegeben werden.  Ich/wir bin/sind über mein/unser Recht, diese Zustimmungserklärung jederzeit zu widerrufen, vollständig informiert.  **………………………………. ………………………………………………….**  **Ort, Datum Versicherungsnehmer/versicherte Person** |