**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 PolizeidienststelleZeugen: Name, Anschrift, TelefonBei 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 geleistetBehandelnder Arzt (Name und Anschrift)Bei stationärer Behandlung: Behandlung von bisAngabe des KrankenhausesWird der Unfall nach Ansicht desbehandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Haben Sie Verletzungen, die nichtdurch 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 | AusstellungsdatumLenkerberechtigung 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 |
| Arbeitsunfähigkeitvon | 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 VNAdresseAdresse**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** |