

Schadennummer

Polizzenummer

Unfalldatum

# Schadenmeldung Unfall

Bitte um vollständiges Ausfüllen des Formulars!  
Dies beschleunigt die Abwicklung des Leistungsfalles.



## Versicherungsnehmer

Vorname		Nachname	
Adresse		Plz	Ort
Telefon		E-Mail	

## Verletzte Person

Vorname		Nachname	
Adresse		Plz	Ort
Telefon		E-Mail	
Geburtsdatum		Beruf zum Unfallzeitpunkt	

Unfall-Datum	Unfall-Uhrzeit	Unfall-Ort
--------------	----------------	------------

## An wen soll eine allfällige Leistung erbracht werden?

Vorname		Nachname	
IBAN		BIC	

## Wie hat sich der Unfall ereignet? (Genaue Schilderung)

Freizeitunfall    Arbeitswegunfall    Arbeitsunfall    Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wurde der Tatbestand von der Polizei aufgenommen?** (Bitte Kopie der Anzeigebestätigung beilegen)

NEIN JA

Bitte um Bekanntgabe des Aktenzeichens:

**Hatten Sie vor/zum Zeitpunkt des Unfalles Alkohol konsumiert?**

NEIN JA

In welcher Menge?

**Hatten Sie vor/zum Zeitpunkt des Unfalles Medikamente eingenommen?**

NEIN JA

Name/Art des Medikamentes

**Beim Lenken eines Kraftfahrzeuges** (Bitte beidseitige Kopie des Führerscheins beilegen)

Führerscheinnummer	Ausstellende Behörde	Gültig ab	Ausgestellt für die Fahrzeugklassen
--------------------	----------------------	-----------	-------------------------------------

**Name und Adresse des Unfallgegners** (Bei Fremdverschulden)

Vorname	Nachname		
Adresse	Plz	Ort	
Haftpflichtversicherer (Polizzenummer)	Zeugen		
Telefon	E-Mail		

**Bei Sportunfällen**

Name des Vereins			
Adresse des Vereins	Plz	Ort	
Mitglied seit	Leistungsklasse/Liga		

Entgeltliche Ausübung

Unfall während des Trainings

Unfall während des Wettkampfes

**Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine Unfallversicherung?**

NEIN JA

Gesellschaft	Polizzenummer	Versicherungssumme
Gesellschaft	Polizzenummer	Versicherungssumme

**Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine Krankenversicherung?**

NEIN JA

Gesellschaft	Polizzenummer	Versicherungssumme
--------------	---------------	--------------------

**Besteht eine Mitgliedschaft in einem Verein?**

Alpenverein	ÖAMTC	ARBÖ		
Reiseversicherung				
Kreditkarte	VISA	MASTER Card	American Express	Sonstige:
Sonstige:				

**Unterzeichnung**

Der/Die Unterzeichnende erklärt vorstehenden Fragen nach bestem Gewissen und vollständig beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift Verletzte Person	Unterschrift Versicherungsnehmer
	Name in Blockbuchstaben	Name in Blockbuchstaben

## VOLLMACHT

Bitte unbedingt ausfüllen und unterschreiben!

Ich

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	
Adresse		Plz	Ort
Telefon		E-Mail	

bevollmächtige die **DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group** in den betreffenden behördlichen bzw. ärztlichen Akt einzusehen und von diesen Abschriften zu nehmen. Ebenso ermächtige ich jene Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich, jede Auskunft zu erteilen. Dies gilt auch für Informationen und Unterlagen bei der AUVA oder sonstigen Sozialversicherungsträgern, sowie privaten Versicherungsunternehmen.

Ich willige hiermit ein, dass mein Betreuer \_\_\_\_\_ Einsicht in meinen diesbezüglichen Schadenakt und in die Gesundheitsdaten gewährt wird.

Weiters ermächtige ich die **DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group**, medizinische Gutachten, die aus Anlass dieses Unfalles erstellt wurden, an jene Gesellschaften weiterzuleiten, bei denen ebenfalls ein Unfallversicherungsvertrag besteht.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherter	Unterschrift Versicherungsnehmer
	Name in Blockbuchstaben	Name in Blockbuchstaben

## ZUR VORLAGE AN DEN BEHANDELNDEN ARZT

### 1. ANGABEN ZUM UNFALL

1	Art der Verletzung (Diagnose)	Es wird um eine möglichst genaue Beschreibung gebeten
2	War der Patient oder Versicherungsnehmer vor dem Unfall vollkommen gesund?	JA NEIN:
3	Ist die Verletzung unzweifelhaft, unmittelbar und ausschließlich durch den Unfall verursacht?	Oder haben noch andere Umstände mitgewirkt, wie z. B. vorhandene Gebrechen und Leiden (Frage 2)? Haben solche eventuell die Folgen des Unfalls erhöht oder verschlimmert und in welchem Grad?

### 2. ANGABEN ZU DAUERFOLGEN

1	Welche Unfallfolgen sind zu erwarten bzw. schon eingetreten?	
2	Wird der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge haben?	NEIN JA zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzusehen
3	Steht die Entfernung von Osteosynthesematerial noch bevor?	NEIN JA   wann:
4	Liegt der Endzustand vor?	JA NEIN - Weitere Behandlung? Welche?

### 3. ANGABEN ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Der/Die Patient/in ist aufgrund des Unfalles in seinem/ihrer Beruf als \_\_\_\_\_ vollkommen eingeschränkt.

100 % arbeitsunfähig	von	bis
75 % arbeitsunfähig	von	bis
50 % arbeitsunfähig	von	bis

Bitte um Bekanntgabe aller behandelnden Ärzte in Bezug auf diesen Unfall

Ort,  
Datum

Unterschrift  
behandelnder Arzt

€ Für die Unterfertigung dieses Attestes übernimmt die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group einmalig die Kosten eines Honorars in Höhe von EUR 36,-.