



Versicherungsbüro
HÖSSINGER
3107 St.Pölten, Mühlweg 96
Tel.02742 / 219 66 - 0
Fax.02742 / 219 66 40

Versicherungsgesellschaft:

Polizzenummer:

Schadensnummer:

UNFALLMELDUNG

VERSICHERUNGSNEHMER

Bitte in Blockschrift schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen!

Vor- und Zuname, Adresse

Telefonnummer zwischen 8.00 und 16.000 Uhr

Beruf

Bankinstitut

BLZ:

Kontonummer:

WER BEANSPRUCHT DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG? VERLETZTER

Vor- und Zuname, Adresse

Geburtsdatum

Beruf

Angehörigkeit

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSFALL:

Datum des Versicherungsfalles, Unfall:

Uhrzeit:

An welchem Ort bzw. in welchem Raum ereignete sich der Unfall?

Bei welcher Beschäftigung oder bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?

Wie hat sich der Unfall ereignet? bitte um genaue Schadensschilderung

Name und Adresse des behandelnden Arztes

Bestehen noch andere Unfall oder Lebensvers. oder sind solche beantragt JA , Gesellschaft:

NEIN

Bei KFZ - Unfällen: Wie viele Insassen inkl. Lenker befanden sich zum Zeitpunkt des Unfalls im versicherten Kraftfahrzeug:

Vor und Zuname, Adresse des Lenkers

Führerscheinnummer

Gruppen

Ausstellungsbehörde

Ausstellungsdatum

Fahrzeugart (z. B. PKW, LKW, KRAD)

Die Polizei, Gendarmerie in

hat den Tatbestand aufgenommen und Anzeige gegen

erstattet

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach besten Wissen beantwortet.

EINSICHTSERMÄCHTIGUNG:

Schadensnummer

Polizzenummer

Der Gefertigte ermächtigt die Versicherung oder den ausgewiesenen Vertreter in die behördlichen Aufzeichnungen, die auf seinen Vorfall Bezug haben, Einsicht zu nehmen und davon Abschriften zu machen, sowie alle notwendigen Erhebungen bei der Polizei, Gendarmerie, Krankenhäusern, Ärzten und bei Gerichten vorzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der mitversicherten Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte wenden!

Bericht des behandelnden Arztes:

Art der Verletzung (Diagnose)? Es wird gebeten um möglichst genaue Beschreibung der Verletzung			
War der Verletzte vor dem Unfall bereits Invalid, irgendwie verstümmelt, körperlich oder geistig gebrechlich oder mit einer Krankheit behaftet?			
Ist die Verletzung unzweifelhaft, unmittelbar und ausschließlich durch den Unfall verursacht? Oder haben noch andere Umstände miteingewirkt, wie z. B. vorhandene Übelkeit oder Krankheitszustände (Frage 2) Haben solche eventuell die Folgen des Unfalls erhöht oder verschlimmert und in welchem Grad?			
Welche Unfallfolgen sind zu erwarten bzw. schon eingetreten?			
Wird der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge haben?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> zur Zeit nicht absehbar
War der Verletzte in Stationärer Behandlung eines Krankenhauses?	<input type="radio"/> JA : in welchem Krankenhaus?	<input type="radio"/> NEIN	
Dauer des stationären Aufenthalts?	ab:	bis einschließlich	
Ist auf Ihre Anordnung Bettruhe notwendig?	<input type="radio"/> JA: Für wie lange Zeit?	<input type="radio"/> NEIN	
Wie lange im ganzen dürfte der Verletzte infolge des Unfalles in seiner Beschäftigung gestört sein?			
Kann der Verletzte seiner Beschäftigung irgendwie (z. B. durch Erteilung von Anordnungen , durch Leitung oder Beaufsichtigung im Beruf usw.) teilweise nachkommen?			
Wann ist die Ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?	am	um	Uhr
Von wem wurde sie geleistet?			
Durch welchen Zeitraum hindurch konnte der Verletzte in keiner Weise seinem Beruf nachgehen?	ab:	bis einschließlich:	
_____ Ort, Datum		_____ Unterschrift und Stempel des Arztes	