

SCHADENMELDUNG

UNFALLVERSICHERUNG

An Versicherungs-Gesellschaft:

Die Unfallanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§33 u. 34 Versicherungsvertragsgesetz) Ort/Datum:

Vertrag/Polizzenr.:

Kunde/VN/Name:

Adresse:

Geschädigter/Verletzter:

geb.Dat:

BERUF:

Überweisung AN/auf Kto:

IBAN

/BIC:

Datum, Uhrzeit : Schadenort:
Schilderung Unfallhergang :
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall: o-Freizeit o-Arbeitswegunfall o-Arbeitsunfall O-sonstiges:

behandelnder Arzt : / Schädigung : Kurzinfo :
Unfallaufnehmende Polizei: Zeugen: Einsatz Rettung erforderlich: o-nein o-ja

Hatten sie vor/zum Unfallzeitpunkt Alkohol oder Drogen/Drogenähnliche Substanzen konsumiert o-nein o-ja welche/Menge:

Hatten sie vor/zum Unfallzeitpunkt Medikamente eingenommen o-nein o-ja welche/Menge:

Von welchem Krankenhaus / Arzt wurde Erste Hilfe geleistet:

Welche Körperteile sind verletzt: Art der Verletzung/Diagnose:

Behandlung von: _____ bis: _____ Sind waren sie in Spitalspflege/wo: _____ o ja o nein

ARBEITSUNFÄHIG: o ja o nein voraussichtliche Dauer: _____ bleibende Invalidität o ja o nein

Waren sie vor dem Unfall vollkommen gesund? o ja o nein / Angaben zum Gebrechen/Leiden:

Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine Unfall und/oder Krankenversicherungen: Pol.Nr.:

Haben sie für diesen Versicherungsfall schon andere Leistungen erhalten bzw. erwarten sie solche/Höhe:

Beim lenken eines KFZ - Name und Anschrift des Lenkers:

Führerschein: Nummer: Ausstellungs Dat.: Behörde:

Wieviele Personen waren zum Zeitpunkt des Unfall im KFZ: Welche Insassen waren angegurtert:

O Fremdverschulden Daten des Unfall Gegners - Vorname: Nachname:

O Sportunfällen Name und Adresse des Vereins: Adresse/PLZ/ORT:

Mitglied seit: Leistungsklasse/Liga: o Entgeltliche Ausübung Unfall während o-Trainings o-Wettkampfes Haftpflichtvers.:

Der unterzeichnende erklärt vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen und vollständig beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Einzelzustimmungserklärung zur Datenerhebung im Versicherungsfall: Ich erkläre hiermit der oben angeführten und unten als Versicherungen bezeichneten Versicherungsanstalt, meine auf den gegenständlichen Leistungsfall bezogene Zustimmung zur personenbezogenen Gesundheitsdatenerhebung zwecks Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht.

Umfang der erforderlichen Auskünfte: Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde) und auch Einsatz-, Behördenprotokolle. Des weiteren ermächtige ich die Versicherungen in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen. Ich stimme ferner zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Widerrufsfolgen: Weiters wurde ich darüber belehrt, dass diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden kann. Im Fall des späteren Widerrufs unterbleiben die Datenerhebung, Datenübermittlung und Auswertungen ab dem Widerrufszeitpunkt.

Ich wurde darüber informiert, dass bei Verweigerung dieser Zustimmung oder späterem Widerruf der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte oder bezugsberechtigte Person die für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus gegenständlichem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte selbst zu beschaffen und dem Versicherer zu übermitteln haben und vor Zugang der zur Beurteilung der Leistungspflicht benötigten Daten beim Versicherer, keine Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag fällig werden. Soweit eine Datenerhebung, eine Datenübermittlung oder die Auswertung bereits übermittelter Daten ganz oder teilweise unterbleibt, kann dies auch zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Entbindung von der Schweigepflicht: Der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherte(n) oder bezugsberechtigte(n) Person(en) entbinden die o.a. Befragten im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung

Ort/Datum: _____ Unterschrift/VN/VP: _____ / _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

SÄMTLICHER SCHRIFTVERKEHR IM ZUSAMMENHANG MIT DIESEM SCHADEN IST UNS IN KOPIE ZU ÜBERSENDEN (per Mail office.aor@vdh.at oder Fax 06412-6840-15)

ÄRZTLICHER BERICHT

Verletzte/Verletzter (Name/geb. Datum/Anschrift)

DIAGNOSE:

Arbeitsunfähig

Krankenhausaufenthalt

Angabe des Krankenhauses

Von:

bis:

von:

bis:

Ort

Datum

Stempel u. Unterschrift des behandelnden Arztes

BITTE BEACHTEN

- ✓ Melden sie uns jeden Unfall unverzüglich jeden Todesfall innerhalb von 3 Tagen!
- ✓ Nach einem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluß des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen!
- ✓ Die behandelnden Ärzte sind zu ermächtigen, die von uns geforderten Auskünfte zu erteilen!
- ✓ Haben sie auch Spitalgeld versichert, so ist nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine Aufenthaltsbestätigung auf der die Diagnose eingetragen sein muss, vorzulegen!
- ✓ Im Falle der Mitversicherung von Heilkosten bzw. Unfallkosten, sind dem Versicherer die ORIGINALBELEGE zu überlassen!
- ✓ Geben sie bei allen Mitteilungen und Anfragen unbedingt unsere Schadenummer an (oder Polizzenummer mit Schadendatum)



Wenn sie Rat oder Auskunft benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Art of Risk Management KG HUBER GEROLD, +43699-13413557

Tel:06412-6840 Fax-Dw 15, 5600 ST. JOHANN/PONGAU - REINBACHWEG 1

Ort/Datum: _____

UnterschriftVN/VP: _____ / _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

SÄMTLICHER SCHRIFTVERKEHR IM ZUSAMMENHANG MIT DIESEM SCHADEN IST UNS IN KOPIE ZU ÜBERSENDEN (per Mail office.aor@vdh.at oder Fax 06412-6840-15)