

## Schadenanzeige Unfall



**Generali Versicherung AG**

Generaldirektion: Landstrongasse 1-3, 1010 Wien

Telefon: +43 (0)1 53 401-0

### Personendaten:

Polizzenummer:

Kunde:

Versicherter(Verletzter):  Versicherungsnehmer/in

Geb.Datum:

Versicherte(r):

Geb.Datum:

Derzeitiger Beruf:

Staatsbürgerschaft:

Nebenversicherung besteht bei:

Telefon (8-16):

E-Mail:

---

### Daten über den Vorfall:

Datum:

Uhrzeit:

Land:

Ort:

Zeugen:  ja  nein

Behördliche Aufnahme:  ja (bitte Geschäftszahl anführen)  nein

---

### Schadenshergang:

**Unfall bei:**  Beruf / Weg  Verkehr  Schule  Freizeit  Haus / Garten  Sport

Schildern Sie bitte den Ablauf des Vorfalls.

**Bei Verkehrsunfall:** Fremdverschulden  ja  nein

Daten des Unfallgegners:

Polizeiliche Aufnahme  ja (bitte Polizeidienststelle u. Aktenzahl bekannt geben)

nein

Kfz-Kennzeichen des gelenkten Fahrzeuges:

### Bei Ballsport- bzw. Motorsportverletzungen:

Erhöhtes Freizeitrisiko  ja  nein Bekanntgabe der Liga:

---

# Schadenanzeige Unfall

## Art der erlittenen Verletzung(en) (ärztliche Diagnosen):

Verletzte Körperseite:  links  rechts  keine Angabe

## Erste Hilfe von (Arzt, Krankenhaus):

## Bei stationärer Behandlung Krankenhaus und Aufenthaltsdauer:

## Behandelnder Arzt (Name und Anschrift):

Arbeitsunfähig:  nein  ja, voraussichtlich von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wird der Unfall nach Ansicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben:

ja  nein

Bei Todesfall: Wurde eine Obduktion durchgeführt?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des  
behandelnden Arztes

Nur eine wahrheitsgemäße und erschöpfende Beantwortung 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 Generali Versicherung AG die zur Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift