



ZURICH®

Schadenmeldung – Unfall

Sie können Ihre Schadenmeldung auch direkt über Internet ausfüllen und senden - www.maklernetz.at

Polizze Nr. / Schaden Nr _____

KundInnendaten

VersicherungsnehmerIn Name _____
 Anschrift _____
 Telefon tagsüber _____ Fax _____
 E-Mail _____

Versicherte Person Name _____
 Anschrift _____
 Telefon _____ Fax _____
 E-Mail _____
 Beruf _____
 DienstgeberIn zum Unfallzeitpunkt _____

Schadenereignis

Vorfall Datum/Uhrzeit _____ Ort _____

Beschreibung des Schadenherganges

Wann erfolgte erstmals

ärztliche Hilfe Datum/Uhrzeit _____
 Name Arzt/Ärztin _____
 Anschrift _____
 Tel./Fax/E-Mail _____

Arbeits- / Arbeitswegunfall nein ja

Behördliche Aufnahme

des Schadens durch die Polizei nein ja, Dienststelle _____
 Aktenzahl _____

Wenn die verletzte Person den Unfall als KFZ-LenkerIn oder Insasseln erlitt

Art des gelenkten KFZ _____

Kennzeichen _____

Führerschein * Nummer _____
 Ausstellungsbehörde _____
 Gruppen _____

* nach Möglichkeit Kopie beilegen

Allgemeines

Alkoholkonsum vor dem Unfall nein ja, Menge _____

Zeugen des Unfalles Name _____
Anschrift _____
Telefon/Fax _____
E-Mail _____

Bestehen weitere Versicherungen gegen

Unfall Gesellschaft / PolizzeNr _____

Krankheit Gesellschaft / PolizzeNr _____

Früher erlittene Unfälle, Erkrankungen, Gebrechen? (Jahresangabe, jetzige Folgen)

Bei Spitalsbehandlung Spital _____

Behandlung ambulant von/bis _____

Aufenthalt stationär von/bis _____

Bei **bestehender Spitalgeldversicherung** bitte eine
Aufenthaltsbescheinigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe mit- oder nachsenden.

Jetzt behandelnde/r Name _____

Arzt/Ärztin Anschrift _____

Tel./Fax/E-Mail _____

Bestätigung durch behandelnde/n Arzt/Ärztin

Diagnose _____

Derzeitiger objektiver Befund _____

Dauer der stat. Behandlung _____

Dauer der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit _____

teilweisen Arbeitsunfähigkeit _____

Ist mit einer Dauerinvalidität zu rechnen nein ja

Datum / Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin _____

Zahlung der Entschädigung

an Bankleitzahl _____ Konto Nr. _____

KontoinhaberIn _____

Sonstiges

Ermächtigung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser und Rehab- bzw. Kuranstalten in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

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.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift VersicherungsnehmerIn

.....
Unterschrift versicherte Person