

Unfall-Schadenmeldung

Bitte schicken Sie Schadenmeldung an die VAV Versicherung: Fax: +43.1.716 07-96208 / E-Mail: monika.hasieber@vav.at
Ihr Anliegen wird dadurch schnellst möglich erledigt. - Danke!

Polizzen Nr. / Schaden Nr.: _____

erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon)			
Name des Versicherten		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Beruf		Arbeitgeber	
Unfalldatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
Unfallort			
Schilderung des Unfallherganges			
Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Spitäles			
Angaben über Versicherungen			
Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche Kasse?			
Unfallversicherung bzw. Lebensversicherung mit Unfallversicherung	Gesellschaft	Polizzennummer	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unfall mit dem Kraftfahrzeug			
Name des Lenkers	Führerschein - Nr.	Ausstellungstag	Gruppe
Der Tatbestand wurde von der Polizei (Gendarmerie) aufgenommen		Anzeige wurde erstattet	
<input type="checkbox"/> ja	Adresse der Dienststelle, Postleitzahl	<input type="checkbox"/> ja	Name des Beschuldigten
<input type="checkbox"/> nein			
Daten des Fahrzeuges		Marke	
<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> Motorrad	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> LKW	<input type="checkbox"/> Moped		
Überweisung der Versicherungsleistung			
<input type="checkbox"/> Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber			
<input type="checkbox"/> an die Adresse			
Achtung! Für Geldzustellungen an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.			
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolizze Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der VAV die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind. Gemäß § 34 VersVG (Versicherungsvertragsgesetz) bestätige ich mit der Unterschrift die vollständige und wahrheitsgetreue Schadenmeldung. Ich (Wir) ermächtige(n) die VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Krankenhaus, Polizei, Gericht usw.) zu nehmen.			
Ort, Datum	Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten	Unterschrift des Versicherten	
Ort, Datum	Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet. Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers:		

Vermerke des behandelnden Arztes				
Diagnose				
Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung				
Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall				
War der Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, usw.)				
Ursache der Verletzung				
Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)		
Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		In welchem Ausmaß?		
Unfallfolgen				
Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welche?		
Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welche?		
Krankenhausbehandlung				
Name und Anschrift des Krankenhauses		Art der Behandlung <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von	bis
Berufsbehinderung				
Ornungsgemäße Krankmeldung bei der Pflichtkrankenkasse: von: bis: arbeitsunfähig ab:				
Erste ärztliche Hilfe und weitere ärztliche Behandlungen				
Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?				
Datum	Uhrzeit	Wer hat sie geleistet?		
Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?				
Ort, Datum		Unterschrift des behandelnden Arztes		