

## UNFALL - SCHADENSANZEIGE

**Polizzen Nummer** (unbedingt anführen): \_\_\_\_\_

**Schaden Nummer** (falls bereits bekannt): \_\_\_\_\_

### VERSICHERTE (verletzte) PERSON

Familienname, Vorname, Titel	Geburtsdatum	berufliche Beschäftigung zum Unfallzeitpunkt
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
Telefonnummer (Tagsüber erreichbar)	E-Mail Adresse	

### ALLGEMEINE ANGABEN ZUM UNFALL

Zeitpunkt des Unfalls (Datum und Uhrzeit)	Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)	<input type="checkbox"/> <b>Freizeitunfall</b>
		<input type="checkbox"/> <b>Arbeits- oder Arbeitswegunfall</b>
Waren Sie zum Unfallzeitpunkt gesetzlich unfallversichert?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Wurde der Unfall bei der gesetzlichen Unfallversicherungsanstalt gemeldet?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?</b>		
<input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> im Haushalt <input type="checkbox"/> beim Sport (Angabe der Sportart) _____ <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall als Lenker eines Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall als Beifahrer <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad (Angabe cm <sup>3</sup> _____) <input type="checkbox"/> Moped (Angabe cm <sup>3</sup> _____)		
Waren Sie als Lenker zum Unfallzeitpunkt im Besitz einer gültigen Lenkerberechtigung? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
<b>Bitte Führerscheinkopie beilegen (Vorder- und Rückseite)!</b>		
Bestand zum Unfallzeitpunkt eine Alkoholisierung <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wurde der Unfallhergang von der Polizei aufgenommen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Wenn ja, bitte Adresse der Dienststelle angeben (PLZ und Ort) _____		
<b>Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls</b> (falls der Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort)		

Bestehen weitere Unfall- oder Krankenversicherungen bei anderen Versicherungsgesellschaften? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
<b>Versicherungsgesellschaften</b>	<b>Polizzen Nummer</b>	<b>Art der Versicherung (Unfall oder Kranken)</b>
_____	_____	_____
Sind Sie Mitglied beim Alpenverein, Naturfreunde und Ähnliches oder haben Sie eine Kreditkarte mit Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
wenn ja, Angabe der Mitgliedsnummer bzw. der Kreditkartengesellschaft und Kartennummer		

### ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

<input type="checkbox"/> an Bank oder Sparkasse	Name des Geldinstitutes, IBAN, BIC, KontoinhaberIn
<input type="checkbox"/> an die Adresse	
<b>ACHTUNG!</b>	
Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.	

**→ ERFORDERLICHE UNTERLAGEN:** sämtliche vorhandene medizinische Berichte, Ambulanzkarten, MR-,CT und Röntgenbefunde (keine Bilder), Kopie Führerschein bei Verkehrsunfall

### ERMÄCHTIGUNGSERKLÄRUNG

Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zweck der Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group **alle medizinischen Unterlagen** (z.B. Anamnese, Krankengeschichte, Operationsbericht, Ambulanzprotokoll, Arztbericht, Laboruntersuchung inkl. Blutalkoholbefund, Röntgen- und nuklearmedizinischer Befund, Gutachten von privaten oder gesetzlichen Versicherungen) und **betreffende Akten bei Behörden** (z.B. Polizeiprotokoll inkl. Alkoholmessergebnisse, Gerichtsakte) zur Verfügung gestellt werden.

Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer ärztlichen und/oder sonstigen beruflichen Schweigepflichten entbunden sind. Diese Zustimmung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass die Prüfung der vertraglichen Leistungspflicht eingestellt wird.

**Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben - dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben oder elektronisch erfasst wurden. Den Datenschutzhinweis unter [www.wienerstaedtsche.at](http://www.wienerstaedtsche.at) habe ich gelesen. Durch meine Unterschrift akzeptiere ich die Behandlung meiner Daten entsprechend den Regelungen dieses Datenschutzhinweises.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift versicherte (verletzte) Person \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Versicherungsnehmer/s \_\_\_\_\_