

# Unfallsmeldung

Schadensnummer:

erstellt durch:

Telefonnummer:

## DATEN DES VERSICHERTEN

Polizzenummer:

Name des Verletzten:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

derzeitige Beschäftigung:

Dienstgeber:

## ANGABEN ZUM UNFALL

Unfallsdatum:

Uhrzeit:

- 
- Arbeitsunfall
- 
- 
- Freizeitunfall

Ist der Verletzte Mitglied einer  
Krankenkasse?

- 
- ja
- 
- nein

welche Kasse?

An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?

Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

## ANGABEN ÜBER ANDERE BESTEHENDE ODER BEANTRAGTE UNFALL-, KRANKEN- ODER LEBENSVERSICHERUNGEN

Vertragsart:

Name der Gesellschaft:

Polizzenummer:

## UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers:

Führerscheinnummer:

Ausstellungstag:

Gruppe:

Der Tatbestand wurde von der Polizei aufgenommen?

- 
- ja
- 
- nein
- 
- welche?

Anzeige wurde erstattet?

- 
- ja
- 
- nein
- 
- Name des Beschuldigten?

Daten des Fahrzeuges:

- 
- PKW
- 
- Motorr.
- 
- 
- LKW
- 
- Moped

Marke:

Kennzeichen:

Fahrgestellnummer:

Anzahl der Personen – einschließlich des Lenkers – im versicherten  
Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls

Waren Personen angegurtet? Namen der angegurteten Personen

- 
- ja
- 
- nein

## ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

an Bank oder Sparkasse

Name des Geldinstitutes, BLZ, Kontonummer, Inhaber

an die Adresse

**Achtung!!** Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.

Ort, Datum

, am

Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.  
Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers:

## ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

An das Krankenhaus

Aufnahmezahl

Für die Erledigung der Ansprüche zu Versicherungspolizze Nr. \_\_\_\_\_ erkläre ich mich einverstanden, dass der \_\_\_\_\_ Versicherung die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.

Ort, Datum

, am

Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten

geboren am

Unterschrift des Versicherten



Hochfügenerstrasse 50  
6263 FÜGEN  
Tel.: +43 (0) 5288 63846  
FAX: +43 (0) 5288 63846 66  
Email: office@vam.or.at