

|  |
| --- |
|       |

 **Schadenmeldung**

 **Personenunfall**

|  |  |
| --- | --- |
| **Polizzennummer:**       |  **Schadennummer:**       |
|  Versicherungsnehmer: Name: Adresse:  |                    |
| Versicherte (Unfallbetroffene Person): Name: Adresse: Geb. Datum: |                            |
| Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls) |        |

***Allgemeine Angaben***

|  |  |
| --- | --- |
| Wann hat sich der Schaden ereignet?  | am       um        Uhr |
| Wo hat das Schadenereignis stattgefunden? | Ort:       |
|  In welchem (Verwandtschafts-) Verhältnis steht der Verletzte zum Versicherungsnehmer? |        |
| Wie war der Hergang des Unfalles? (genaue Schilderung) |
| Welcher Art sind die Verletzungen? |  |
| Geben Sie uns bitte Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses bekannt:  |  |
| Wer führte die Erstbehandlung durch? |       |
| Geben Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres ständigen Hausarztes bekannt: |       |

Information für den Versicherungsnehmer/ Verletzten:

Wir benötigen zur Abrechnung des / der

Taggeldes: - bei Arbeitnehmern: Krankenstandbestätigung des Sozialversicherers

 - bei Selbständigen und Bauern: einen vom Hausarzt ausgefüllten Schlussbericht

Spitalgeldes: - eine Spitalsaufenthaltsbestätigung

Dauernden Invalidität: - eine entsprechende ärztliche Bestätigung über unfallkausale Dauerfolgen, frühestens ein Jahr nach

dem Unfall

 ***bitte wenden!***

|  |  |
| --- | --- |
| War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall) | [ ]  ja [ ]  nein |
| Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?  | [ ]  ja [ ]  nein |
| Bei welchem Sozialversicherer ist der Verletzte versichert? |       |
| Behördliche Aufnahme: [ ]  ja [ ]  nein |  GZ:        |
| Ist die verletzte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert? [ ]  ja [ ]  nein | Bei welcher:       |
| Krankenstand: [ ]  ja [ ]  nein | Arbeitsunfähig bis:       |
| Stationärer Aufenthalt: [ ]  ja [ ]  nein | Von:       Bis:        |
| Zu erwartete Spätfolgen:  | [ ]  ja [ ]  nein |

***Führerscheindaten*** ( falls die Verletzte Person KFZ-Lenker war)

|  |  |
| --- | --- |
| Ausstellende Behörde:       | Ausstellungsdatum:       |
| Führerscheinnummer:       | Fahrzeuggruppe:       |

***Bankverbindung für die Schadensauszahlung***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kontoinhaber:        | IBAN:        | BIC:       |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche) o. a. über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigpflicht. Gleichzeitig ermächtige ich die o. a. Versicherung und alle, diesen Unfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die umseitig 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.**Mitteilungen und Schriftstücke in Kopie per Mail an Versicherungsmakler VMB Weinhandl»,** **Mail: offfice@vb-weinhandl.at**[ ]  **Ich erkläre mich mit den Datenschutzinformationen einverstanden und habe diese gelesen. Nachzulesen unter der Homepage:** [**www.vb-weinhandl,at**](http://www.vb-weinhandl,at)Klicken Sie hier, um Text einzugeben.      ,      Ort, Datum Unterschrift Versicherungsnehmer Unterschrift verletzte Person |

 VMDL-Unfall-SM-29.05.2018DSGVO.doc