



TRAUNVIERTLER VERSICHERUNGSMAKLER

Pyhrnstrasse 16, A-4553 Schlierbach
 Tel. Nr.: 07582/61761-380, Fax Nr.: 07582/61761-399
 E-Mail: office@tvm.at
www.tvm.at

UNFALL - SCHADENSMELDUNG

UNFALL - SCHADENSMELDUNG				
	Versicherungsnehmer	Versicherer	Vermittler	
Name 1				
Name 2				
Straße				
Ort				
Telefon				
Fax				
Schadennummer:		Pol. Nummer:		
Versicherungsnehmer (Name, Anschrift)		Versicherte Person (Name und Anschrift)		
Geburtsdatum	Beruf	Geburtsdatum	Beruf	Telefon (8-6Uhr)
Überweisungen erbeten an				
Geldinstitut		Bankleitzahl		Kontonummer
Unfallzeitpunkt		Aufnehmende Polizeidienststelle		
Unfallort		Name und Anschrift von Zeugen		
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?		Wenn Verletzter KFZ –Lenker war, Art des benützten		
Wurde ein Alko - Test vorgenommen?		Führerscheindaten des Lenkers		
		Ausstellungsbehörde	Gruppe	Ausstellungsdatum
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Bericht über den Unfallhergang (ev. mit Skizze)				

Vollmacht zu Vorfall vom _____. Ich ersuche Sie höflich der _____ Versicherung zu gestatten, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die Versicherung ermächtige, eine Abschrift der /des Krankengeschichte /Ambulanzprotokolls obigen Unfall betreffend zu beschaffen.

--	--	--

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten
------------	-----------------------------	--

Genauere Bezeichnung der Verletzungen und Unfallfolgen:

--

Wann und bei wem erfolgte erstmals ärztliche Hilfe?

--

Spitalsbehandlung

Stationär vom: bis:	ambulant vom: bis:
--------------------------------	-------------------------------

Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes

--

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte (mit)versichert?

--

Bestehen weitere Versicherungen? (Bitte auch Polizzennummer angeben)

gegen Unfall bei	gegen Krankheit bei

Angaben über frühere Unfälle, Krankheiten und Gebrechen mit jetzigen Folgen

--

Wird der Unfall nach Absicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben?

ja	nein
----	------

Bitte beachten Sie:

- Bei stationärer Behandlung und bestehen einer Spitalgeldversicherung ist eine Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe vorzulegen.
- Alle Angaben sind vollständig, vorbehaltlos und wahrheitsgetreu zu machen.

--	--	--

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	-----------------------------	---------------------------------------

Anfangsbericht des behandelnden Arztes

--

SCHADENERLEDIGUNG

Zurück an:

Vermittler:

Wir bitten Sie, dieses Formblatt nach Anlage des Schadenaktes ausgefüllt an obige Adresse zu retournieren, damit wir diese notwendigen Daten in der EDV verarbeiten können.

Versicherer:
Versicherungsnehmer:
Sparte:
Schadendatum:
Schadenart:
Polizzennummer:

Bitte vom Versicherer ausfüllen!

SachbearbeiterIn:	
Schadenummer:	
Entschädigungssumme:	
Datum der Entschädigung:	
Entschädigung an:	