

**Büro**

Bahnhofstraße 17-19
5500 Bischofshofen Telefon: +43 6462 22 066
Internet: www.mario-maurer.at

Privat

Mobil: +43 664 750 448 38
Fax: +43 6462 33 56 61
E-Mail: office@mario-maurer.at

UNFALL-SCHADENSANZEIGE**an die -Versicherung**

Polizzennr.:	Referent:
Schadenr.:	

Schadentag:	
Schadenort:	Uhrzeit:

Versicherungsnehmer

Titel, Vorname, Zuname:
Straße, Hausnummer, Tür:
Postleitzahl, Ort:

Name und Anschrift des Verletzten

Titel, Vorname, Zuname:
Straße, Hausnummer, Tür:
Postleitzahl, Ort:
Telefon Privat, Büro:
Geburtsdatum:

Fragen
1. Bei Minderjährigen (Schülern): a) Name des Vaters oder des gesetzlichen Vertreters: b) Beruf und Adresse:
2. Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse, privaten Kranken- oder Unfallversicherung: Adresse:
3. Gegenwärtiger Aufenthalt des Verletzten:
4. Beruf des Verletzten und etwaige Nebenbeschäftigung? In welcher Weise wird die Berufstätigkeit ausgeübt?
5. Arbeitsunfall:

Antworten
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Büro**

Bahnhofstraße 17-19
 5500 Bischofshofen Telefon: +43 6462 22 066
 Internet: www.mario-maurer.at

Privat

Mobil: +43 664 750 448 38
 Fax: +43 6462 33 56 61
 E-Mail: office@mario-maurer.at

Fragen	Antworten
6. Wo ereignete sich der Unfall (Unfallstelle)?	
7. Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> Beruf/Schule (einschl. Weg) <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Sonstiges
8. Genaue Schilderung der Ursachen und Hergang des Unfalles:	
9. Art und Ausmaß der erlittenen Verletzungen:	
10. Name und Anschrift der Zeugen des Unfalles:	
11. Wurde der Unfall behördlich aufgenommen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Behörde:
12. War der Versicherte alkoholisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13. Behandelnder Arzt:	
14. Bleibende Beeinträchtigung zu befürchten:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Führerscheindaten (falls KFZ-Lenker)	
16. Schlusserklärung vormerken per:	

Zahlung der Entschädigung an

Kontoinhaber:	
Bank:	
BIC:	
IBAN:	

 Ort und Datum

 Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unfall vom _____ Schadennummer: _____

Ich (Wir) ermächtige(n) die _____ bei Behörden, Ärzten und Krankenanstalten Auskunft einzuholen bzw. in deren Akten Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

 Ort und Datum

 Unterschrift