

# UNFALL - SCHADENSANZEIGE - ÖGB

**Polizzen Nummer** (unbedingt anführen): 95 H292.800

**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 \_\_\_\_\_

# ÄRZTLICHER BERICHT (des behandelnden Arztes)

Name und Geb.Datum der verletzten Person: \_\_\_\_\_

Polizze Nummer: \_\_\_\_\_ Schaden Nummer: \_\_\_\_\_

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? (Datum, Uhrzeit) \_\_\_\_\_

Wer hat sie geleistet? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose in Deutsch): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeit:**  völlige 100%ige Arbeitsunfähigkeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 teilweise Arbeitsunfähigkeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

War der/die verletzte Person im Krankenhaus:  JA  NEIN

Krankenhaus: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankenhaus: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankenhaus: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Hat der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge?**

JA welche: \_\_\_\_\_

MÖGLICHERWEISE welche: \_\_\_\_\_

NEIN

**Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall:**

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z.B. alte Verletzungen oder Degenerationen (Bänder, Kapseln, Knorpel, Sehnen, Meniski usw.)?

Sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkungen, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

JA  NEIN wenn ja, bitte um nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?**

JA  NEIN wenn ja, bitte um nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**Erforderliche ÜBERWEISUNGSDATEN:**  
IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--

(IBAN für Inlandsüberweisung = 20 Stellen – bitte jeweils 4 Stellen eintragen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes