



**ZURICH**<sup>®</sup>

# Schadenmeldung – Unfall

Sie können Ihre Schadenmeldung auch direkt über Internet ausfüllen und senden - [www.maklernetz.at](http://www.maklernetz.at)

Polizze Nr. / Schaden Nr. \_\_\_\_\_

## KundInnendaten

**VersicherungsnehmerIn** Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Versicherte Person** Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
DienstgeberIn zum Unfallzeitpunkt \_\_\_\_\_

## Schadenereignis

**Vorfall** Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
**Beschreibung des Schadenherganges**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wann erfolgte erstmals ärztliche Hilfe**  
Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_  
Name Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel./Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

**Arbeits- / Arbeitswegunfall**  nein  ja

## Behördliche Aufnahme

**des Schadens durch die Polizei**  nein  ja, Dienststelle \_\_\_\_\_  
Aktenzahl \_\_\_\_\_

## Wenn die verletzte Person den Unfall als KFZ-LenkerIn oder Insasseln erlitt

**Art des gelenkten KFZ** \_\_\_\_\_  
**Kennzeichen** \_\_\_\_\_  
**Führerschein \*** Nummer \_\_\_\_\_  
Ausstellungsbehörde \_\_\_\_\_  
Gruppen \_\_\_\_\_

\* nach Möglichkeit Kopie beilegen

**Allgemeines**

Alkoholkonsum vor dem Unfall  nein  ja, Menge \_\_\_\_\_

Zeugen des Unfalles Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Bestehen weitere Versicherungen gegen**

Unfall Gesellschaft / PolizzeNr \_\_\_\_\_

Krankheit Gesellschaft / PolizzeNr \_\_\_\_\_

Früher erlittene Unfälle, Erkrankungen, Gebrechen? (Jahresangabe, jetzige Folgen) \_\_\_\_\_

Bei Spitalsbehandlung Spital \_\_\_\_\_

Behandlung ambulant von/bis \_\_\_\_\_

Aufenthalt stationär von/bis \_\_\_\_\_

Bei bestehender Spitalgeldversicherung bitte eine Aufenthaltbescheinigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe mit- oder nachsenden.

Jetzt behandelnde/r Name \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin Anschrift \_\_\_\_\_

Tel./Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

**Bestätigung durch behandelnde/n Arzt/Ärztin**

Diagnose \_\_\_\_\_

Derzeitiger objektiver Befund \_\_\_\_\_

Dauer der stat. Behandlung \_\_\_\_\_

Dauer der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

teilweisen Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

Ist mit einer Dauerinvalidität zu rechnen  nein  ja

Datum / Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin \_\_\_\_\_

**Zahlung der Entschädigung**

an IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

KontoinhaberIn \_\_\_\_\_

**Sonstiges**

**Ermächtigung**

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser und Rehab- bzw. Kuranstalten in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die 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.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift VersicherungsnehmerIn

.....  
Unterschrift versicherte Person