

## UNFALL - SCHADENBERICHT

|   |                       |  |                              |
|---|-----------------------|--|------------------------------|
| Versicherungsunternehmen:   |                       |  |                              |
| Polizzen-Nummer(n):   |                       | Schaden-Nummer(n):   |                              |
| <b>Versicherungsnehmer</b>  |                       | <b>Versicherter (Verletzter)</b>   |                              |
| Familien- u. Vorname:   |                       |  |                              |
| Adresse:  |                       |  |                              |
| Telefon-Nr., E-Mail   |                       |  |                              |
| Beruf:  |                       |  |                              |
| Geburtsdatum:   |                       |  |                              |
| Name des Geldinstitutes:  | BIC:                  | IBAN (LKZ/BLZ/Kontonummer):  |                              |
| -----/-----/-----<br>Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.  |                       |  |                              |
| Wann hat sich der Unfall ereignet?  |                       | Datum:   | Uhrzeit:                     |
| Unfallort:  |                       |  |                              |
| Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?  |                       | Geschäftszahl:   |                              |
| Schilderung des Unfallherganges:  |                       |  |                              |
| Verwandtschaftsverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Verletztem:  |                       |  |                              |
| Bestehen noch bei anderen Versicherungsgesellschaften Unfallversicherungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                   |                       |  |                              |
| Wenn ja, Gesellschaft:  |                       | Polizzen-Nummer(n):  |                              |
| Haben Sie schon früher eine Unfallentschädigung von einer Versicherungsgesellschaft erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                       |  |                              |
| Wenn ja, Gesellschaft:  |                       | Polizzen-Nummer(n): Betrag: EUR  |                              |
| Welche Körperteile sind verletzt (Art der Verletzung)?  |                       |  |                              |
| Name und Adresse des Arztes, der Sie wegen des Unfalles behandelt:  |                       | Bei mitversichertem Spitalgeld und/oder Taggeld können die umseits vorgedruckten Bestätigungen verwendet werden! |                              |
| Sind oder waren Sie wegen des Unfalles in Spitalspflege? Wenn ja, in welchem Spital?  |                       |  |                              |
| Waren Sie bei Eintritt des Unfalles vollkommen gesund oder hatten Sie irgendein Leiden oder Gebrechen?  |                       |  |                              |
| Falls sich der Unfall beim Lenken eines Kraftfahrzeuges ereignete:  |                       |  |                              |
| Führerschein-Nr.:   | Führerschein-klassen: | Führerschein ausgestellt von:  | Führerschein ausgestellt am: |

Ich ermächtige die oben genannte Versicherung, sowie die **Consulting Company Versicherungsmakler GmbH., Petzoldstr. 1, 4600 Wels**, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfalle betreffenden Akten, insbesondere Strafakte und in meine Krankengeschichte zu nehmen und Abschriften anzufertigen. Ebenso ermächtige ich die Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, jede Auskunft zu erteilen.

Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch die oben genannte Versicherung einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des Versicherungsnehmers

| <b>Spitalaufenthalts-Bestätigung</b>            |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Zur Vorlage bei:                                |                                     |
|   |                                     |
| Der (die) Patient(in):                          | Geburtsdatum:                       |
| Adresse:  |                                     |
| befand/befindet sich                            | vom bis                             |
| Wegen (Diagnose)                                |                                     |
|   |                                     |
| Bei uns in stationärer Behandlung.              |                                     |
| Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes: |                                     |
|   |                                     |
| Datum   | Krankenhausstempel und Unterschrift |

| <b>Arzt-Bestätigung</b>       |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Zur Vorlage bei:              |                                     |
|                               |                                     |
| Herr / Frau:                  | Geburtsdatum:                       |
| Adresse:                      |                                     |
| ist/war aufgrund des Unfalles | vom bis                             |
| von                           | bis                                 |
| wegen (Diagnose)              |                                     |
|                               |                                     |
| arbeitsunfähig.               |                                     |
|                               |                                     |
| Datum                         | Stempel und Unterschrift des Arztes |