

Die Schadenanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz).

Personendaten

Polizzennummer /
Schadennummer

2314/090731-4 oder 2314/090759-5

Polizzennummer (unbedingt angeben)

Schadennummer (wenn bekannt)

Versicherungsnehmer

ÖSV

Familienname, Vorname, Titel

Tagsüber erreichbar – Tel.Nr.

A-6020 Innsbruck, Olympiastraße 10

Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Tür

Versicherte (unfallbetroffene) Person

Familienname, Vorname, Titel

Geburtsdatum: TT/MM/JJJJ

Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Tür

Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)

Tagsüber erreichbar – Tel.Nr.

Nebenberuf oder ander entgeltliche zusätzliche Tätigkeit (z.B. Landwirt, Schi-, Tennislehrer usw.)

Kaderzugehörigkeit (A-Kader, Nachwuchs, Landeskader usw.)

Allgemeine Daten

Zeitpunkt des Unfalls

Datum

Uhrzeit

Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)

Beschreibung des Ereignisablaufes

War das Ereignis ein Arbeitsunfall
(auch Wegunfall)?

Ja Nein

Ist der/die Verletzte gesetzlich
unfallversichert?

Ja Nein Bei welcher Anstalt?

Von welcher Polizeibehörde wurde das
Ereignis festgehalten?

Bitte Aktenzahl
wenn möglich

hat die vom Unfall betroffene versicherte
Person in den letzten 12 Stunden vor dem
Unfall alkoholische Getränke konsumiert?

Ja Nein Welche? Wieviele?

Ist die versicherte Person auch bei anderen
Gesellschaften versichert?

Ja Nein Wo? (Versicherungs-
gesellschaft und
Polizzen-Nr.)

Führerscheindaten

(falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

Fahrzeuglenker

Ausstellende Behörde

Ausstellungsdatum

Führerscheinnummer

Fahrzeuggruppe

Ermächtigung und Bankverbindung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser 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, diesen Unfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Leistung überwiesen auf Kto.Nr. _____

Institut – Bankleitzahl _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die umseitig 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.

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Verletzten _____

Unterschrift: Versicherungsnehmerin _____

Vermerk des behandelnden Arztes

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)

Arbeitsunfähigkeit

völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit

→

von

bis einschließlich

teilweise Arbeitsunfähigkeit

→

von

bis einschließlich

War der/die Verletzte im Krankenhaus?

ja

→

Krankenhaus

nein

Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

ja

→

Welche?

möglicherweise

→

nein

Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z. B. alte Verletzungen oder Degeneration (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

ja

→

Bitte nähere Angaben

nein

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

ja

→

In welcher Form?

möglicherweise

→

nein

Berichtshonorar überweisen auf Kontonummer _____

Institut – Bankleitzahl _____

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!