

Schadenmeldung Unfall

Schadennummer / Polizzenummer

Ver-sicherungs-nehmer Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer Telefon (zw. 8 u. 16 h)

--	--

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

Versicherte (unfall-betroffene) Person Vor- und Zuname Geburtsdatum

--	--

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer Telefon (zw. 8 u. 16 h)

--	--

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

Ereignisbe-schreibung Schadendatum / Uhrzeit Ort

Behördlich aufgenommen? ja nein Von wem? Geschäftszahl

Genauere Sachverhaltsdarstellung

Führer-schein-daten Falls die verletzte Person Kfz-Lenker war:

Führerscheinnummer	Gruppe (n)	ausgestellt am:	ausgestellt von

Allgemeine Fragen

Art der Verletzung?			
<input type="text"/>			
Arbeitsunfähigkeit von	bis einschließlich		
<input type="text"/>			
Voraussichtliche Behandlungsdauer	Name und Adresse des behandelnden Arztes?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von	bis
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?			
<input type="text"/>			
Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise			
Handelt es sich um einen Freizeitunfall?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei welchen Gesellschaften?			
<input type="text"/>			
Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welcher Menge?
			<input type="text"/>
Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.) Wenn ja, wie?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="text"/>			
Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>			

Bankverbindung

Entschädigungszahlung an Kontoinhaber	Bankleitzahl / Bank	Konto-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

- a) Ich ermächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der Allianz Elementar Vers.AG über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- b) Ich bevollmächtige die Allianz Elementar Vers.AG sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers