

Schadensmeldung für Unfall

Versicherer

Polizzenummer/
Schadensnummer

Versicherungs- nehmer	Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma	Geburtsdatum
	PLZ / Ort / Straße / Hausnummer	Telefon
	Beschäftigung und Nebenbeschäftigung	

Versicherte (unfallbetroffene) Person	Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma	Geburtsdatum
	PLZ / Ort / Straße / Hausnummer	Telefon
	Beschäftigung und Nebenbeschäftigung	

Ereignis- beschreibung	Schadendatum / Uhrzeit	Ort	
	Behördlich aufgenommen	von wem	Geschäftszahl
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Genauere Sachverhaltsdarstellung			
<div style="border: 1px solid black; height: 300px;"></div>			

Führer- scheindaten	Falls die verletzte Person KFZ-Lenker war:
	<input type="text"/>

Allgemeine
Fragen vom
Arzt zu
bestätigen und
unterzeichnen

Art der Verletzung? 				
Arbeitsunfähigkeit von		bis einschließlich		
Voraussichtliche Behandlungsdauer		Name und Adresse des behandelnden Arztes?		
Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär	von	bis
Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? 				
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
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?			 	
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?		 		
Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie?		 		
_____ Ort, Datum		_____ Stempel / Unterschrift des Arztes		

Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja bei welchen Gesellschaften ?		 	

Bankverbindung

Entschädigung an Kontoinhaber	Bankleitzahl / Bank	Konto-Nummer

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

- Ich bevollmächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, dem Unfallversicherer und der THALER Versicherungsmakler GmbH sowie deren Vertreter, über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- Ich bevollmächtige den Unfallversicherer und die THALER Versicherungsmakler GmbH sowie deren Vertreter in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers