UNIQA
Group Austria

Unfallversicherung
Schadenmeldung

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

Polizzennummer/ Schadennummer: Polizzennummer (unbedingt angeben): _____

Schadennummer (wenn bekannt): _____

VersicherungsnehmerIn:

_____ _____

Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname | tagsüber erreichbar unter

_____ _____

Postleitzahl | Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

Versicherte (unfallbetroffene) Person:

_____ _____ _____

Familienname, Vorname, Titel | Geburtsdatum | Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls)

_____ _____ _____ _____

Postleitzahl | Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür | tagsüber erreichbar unter | Nebenberuf

Allgemeine Angaben:

Zeitpunkt des Unfalls: Datum _____ Uhrzeit _____

Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben) _____

Beschreibung des Ereignisses:

Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen: Hat der/die Verletzte zum Unfallszeitpunkt einen Helm getragen? ☐ Ja ☐ Nein

War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)? ☐ Ja ☐ Nein

Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert? ☐ Ja → Bei welcher Anstalt? _____

☐ Nein

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 → Welche/ Wieviele? _____

☐ Nein

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert? ☐ Ja → Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzennummer)

☐ Nein _____

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), der UNIQA Personenversicherung AG über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich die UNIQA Personenversicherung AG in alle, diesen Schadenfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Leistung überweisen auf Staat _____ Bankname _____

IBAN oder Kto.Nr. _____ BIC oder BLZ _____

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.

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 einschl. _____
- ☐ teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____

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 Staat _____ Bankname _____

IBAN oder Kto.Nr. _____ BIC oder BLZ _____

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes