

Schadenmeldung Unfall

--

Polizzenummer / Schadennummer

**Ver-
sicherungs-
nehmer**

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

--

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon (zw. 8 u. 16 h)

--	--

Mailadresse

Mobilnummer

--	--

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

--

**Versicherte
(unfall-
betroffene
Person)**

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

--	--

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon (zw. 8 u. 16 h)

--	--

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung bei (Dienstgeber) zum Unfallzeitpunkt

--

**Ereignisbe-
schreibung**

Schadendatum /
Uhrzeit

--

Ort

--

Behördlich aufgenommen?

ja

nein

Von wem?

--

Geschäftszahl

--

Genaue 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 <input type="text"/> bis einschließlich <input type="text"/>	
Voraussichtliche Behandlungsdauer <input type="text"/>	Name und Adresse des behandelnden Arztes? <input type="text"/>
Krankenhaus <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von <input type="text"/> bis <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? Welche Sparten? Polizzi-Nummer <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"/>
Wurden Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsverminderung 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"/>

**Bankver-
bindung**

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

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

- a) Ich bevollmächtige 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.

<input type="text"/> Ort, Datum	<input type="text"/> Unterschrift des Verletzten	<input type="text"/> Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------------------------------	---	---

Informationen für den Versicherungsnehmer / Verletzten:

Wir benötigen zur Abrechnung des/der

- Taggeldes: - bei Arbeitnehmern: Krankenstandsbestätigung des Sozialversicherers,
- bei Selbstständigen und Bauern: einen vom Hausarzt ausgefüllten Schlussbericht;
- Spitalgeldes: - eine Spitalsaufenthaltsbestätigung;
- Dauernde Invalidität: - eine entsprechende ärztliche Bestätigung über unfallkausale Dauerfolgen, frühestens ein Jahr nach dem Unfall.