

# UNFALL-SCHADENMELDUNG

Pol.Nr.:	Schaden-Nr.:
Versicherungsnehmer:	
Schadendatum:	Uhrzeit:
Schadenort:	

Versicherte/Verletzte Person: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

An wen soll eine allfällige Entschädigung erbracht werden?

Empfänger: \_\_\_\_\_ Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

---

Wie hat sich der Unfall ereignet/Schilderung? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Freizeit-, Arbeitsweg-, Arbeitsunfall,...?) \_\_\_\_\_

Wurde der Tatbestand von der Exekutive aufgenommen?  JA  NEIN

Wenn ja, von welcher \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

War der Einsatz einer Rettung erforderlich?  JA  NEIN

Hatten Sie vor/zum Zeitpunkt des Unfalles bereits Alkohol konsumiert?  JA  NEIN

Wenn ja, in welcher Menge? \_\_\_\_\_

Hatten Sie vor/zum Zeitpunkt des Unfalles bereits Medikamente eingenommen?  JA  NEIN

Wenn ja, Name/Art des Medikamentes? \_\_\_\_\_

**Beim Lenken eines Kraftfahrzeuges:**

Führerscheinnummer:

Ausstellende Behörde:

Gültig ab:

Ausgestellt für die Fahrzeugklassen:

**Bei Fremdverschulden:**

Name und Adresse des Unfallgegners: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hafpflichtversicherer: \_\_\_\_\_

Zeugen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bei Sportunfällen**

Name und Adresse des Vereins: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitglied seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leistungsklasse/Liga:

\_\_\_\_\_

Entgeltliche Ausübung:

JA     NEIN

Unfall während des Trainings

JA     NEIN

Unfall während des Wettkampfes

JA     NEIN

## UNFALL-Schadenmeldung

---

Welche Körperteile sind verletzt? (Art der Verletzung): \_\_\_\_\_

Name und Adresse des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Sind bzw. waren Sie in Spitalspflege?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Spital: \_\_\_\_\_

Waren Sie bei Eintritt des Unfalles vollkommen gesund?  ja  nein

Wenn nein, Angaben der Gebrechen bzw. Leiden? \_\_\_\_\_

### Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine

**1) Unfallversicherung**  ja  nein

Wenn ja, bitte Angabe der Gesellschaft(en), Pol.-Nr. und Versicherungssumme: \_\_\_\_\_

**2) Krankenversicherung**  ja  nein

Wenn ja, bitte Angabe der Gesellschaft(en), Pol.-Nr. und Versicherungssumme: \_\_\_\_\_

Haben Sie für diesen Versicherungsfall schon andere Leistungen erhalten bzw. erwarten Sie solche?  
 ja  nein

Wenn ja, von wem und in welcher Höhe? \_\_\_\_\_

Der Unterzeichnende erklärt vorstehenden Fragen nach bestem Gewissen und vollständig beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Unfall-Schadenmeldung

---

### Spitalaufenthaltsbestätigung

zur Vorlage bei der Donau Versicherung.

Der (die) Patient(in): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Befand (befindet) sich vom \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Wegen (Diagnose) \_\_\_\_\_

bei uns in stationärer Behandlung.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Krankenhaus

---

### Arztbestätigung

Zur Vorlage bei der Donau Versicherung

Herr (Frau): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ist/war aufgrund des Unfalles vom:

Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ 100% arbeitsunfähig

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ 75% arbeitsunfähig

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ 50% arbeitsunfähig

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ 25% arbeitsunfähig

Sind Dauerschäden zu erwarten  ja  nein

Wenn ja, geschätzter Prozentsatz \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt

**Vollmacht BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN**

Ich, \_\_\_\_\_ bevollmächtige die Donau Allgemeine  
Versicherungs-AG in meiner Angelegenheit

Schadensnummer:

Polizzen Nummer:

Vorfalldatum:

in den betreffenden gerichtlichen bzw. ärztl. Akt einzusehen und von diesen Abschriften zu nehmen. Ebenso ermächtige ich jene Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich, jede Auskunft zu erteilen.

Weiters ermächtige ich die von Donauversicherung Allgemeine Versicherung AG erstellte medizinische Sachverständigen Gutachten zum Thema der „Dauernden Invalidität“ an etwaige weitere bestehende private Unfallversicherer weiterleiten zu dürfen.

Ort, Datum

Versicherter

Versicherungsnehmer