



**SZVETECZ & PARTNER**  
**VERSICHERUNGSMAKLER KG**  
 ALKERSDORFERSTR. 25A, 2561 HERNSTEIN  
 TEL. 02633/47 548, FAX: 02633/47 348  
 E-MAIL: OFFICE@SZV-VERSICHERT.AT  
 INTERNET: WWW.SZV-VERSICHERT.AT



## UNFALL-SCHADENANZEIGE

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	<b>Polizzenummer</b>

<b>Versicherter (Verletzter)</b>	
Vor- und Zuname:	Geb. Datum:
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:	
Beruf (Tätigkeit) zum Zeitpunkt des Unfalles:	
Wenn arbeitslos, seit wann: Wenn Notstandshilfe, seit wann:	

Welcher Unfall liegt vor?		
<input type="checkbox"/> Arbeits(-weg)unfall	<input type="checkbox"/> Unfall bei der Tätigkeit in einem Zweitberuf	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall

Wann hat sich der Unfall ereignet?	Datum:	Uhrzeit:
------------------------------------	--------	----------

Wo ereignete sich der Unfall (Ort, Straße Raum)?
--

Ereignete sich der Unfall bei der Teilnahme an Wettbewerben und/oder Meisterschaften ab Landesliganiveau?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      wenn ja, bei welcher:

Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Genaue Schilderung von Ursache und Hergang des Unfalles (bei Bedarf bitte Beiblatt verwenden):

Bei Verkehrsunfall: Liegt Ihrer Meinung nach fremdes Verschulden vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Welche amtliche Stelle hat den Unfallhergang aufgenommen?	Geschäftszahl:
Name:	

Namen weiterer Unfallbeteiligter:

Durch wen und wann wurde die erste ärztl. Hilfe geleistet?

Haftpflichtversicherung des Unfallgegners:  
Versicherungsunternehmen: Pol. Nr.:

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Spitalsbehandlung:  
stationär: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
ambulant: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Bezeichnung und Anschrift des Spitals:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert?

Wurde wegen einer bleibenden Invalidität an einen Sozialversicherungsträger eine Meldung gemacht?  
 ja  nein Wenn ja, bei welcher:

Bei welcher Anstalt bestehen weitere Lebens-, Unfall- und Krankenversicherungen?  
Versicherungsunternehmen: Pol. Nr.:

Lenkte der Verletzte ein Fahrzeug selbst?  
 ja  nein Wenn ja, welches:  
Führerschein Nr.: Fahrzeuggruppen: Ausstellungsbehörde: Ausstellungsdatum:

Die Anweisung soll erfolgen:  
 per Post (Achtung Gebührenabzug)  
 auf mein Konto Nr. \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_/BLZ  
\_\_\_\_\_.

Ich ermächtige die oben angeführte Versicherungsanstalt, Ärzte die mich behandeln oder mich schon behandelt haben, ebenso die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung (Krankenkasse), über meinen Gesundheitszustand zu befragen und entbinde sie von ihrer Schweigepflicht. Weiters bevollmächtige ich den Versicherer, bei allen Ämtern, Behörden und Gerichten über Geschehnisse, die im Zusammenhang mit diesem Unfall stehen, Erkundigungen einzuziehen und sich Abschriften zu verschaffen. Dies gilt auch hinsichtlich der Bestimmungen des Datenschutzes.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift des Versicherten (Verletzten)