

## Schadenmeldung für Personen-Unfall

Versicherer

Polizzenummer/  
Schadennummer

**Versicherungs-  
nehmer**

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Versicherte  
unfallbetroffene)  
Person**

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Ereignis-  
Beschreibung**

Schadendatum / Uhrzeit

Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Behördlich aufgenommen

von wem

Geschäftszahl

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------

Genaue Sachverhaltsdarstellung

**Führer-  
scheindaten**

Falls die verletzte Person KFZ-Lenker war:

**Allgemeine  
Fragen vom  
Arzt zu  
bestätigen  
und  
unterzeichn  
en**

Art der Verletzung?

Arbeitsunfähigkeit von

bis einschließlich

Voraussichtliche Behandlungsdauer

Name und Adresse des behandelnden Arztes?

Krankenhaus

ambulant

stationär

von

bis

--	--	--	--

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?

ja     nein     möglicherweise

Handelt es sich um einen Freizeitunfall?

ja     nein

Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

ja     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?

ja     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?  ja  nein

Wenn ja bei welchen Gesellschaften ?

**Bank-  
verbindung**

Entschädigung an Kontoinhaber	Bankleitzahl / Bank	Konto-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- a) Ich bevollmächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, dem Unfallversicherer und der Brandner & Partner Versicherungsmakler GmbH sowie deren Vertreter, über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- b) Ich bevollmächtige den Unfallversicherer und die Brandner & Partner 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers