



VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

**Schadenmeldung**

Unfallversicherung - Verkehrsunfall

FIDES Versicherungsmakler GesmbH  
Glanzinggasse 8 / Top 4, A-1190 Wien  
A-1190 Wien

Tel: 43 1 470 56 96  
Fax: 43 1 2533 033 9626  
E-Mail: office@fides.co.at

**Versicherer**

Versicherer:   
Polizzennr.:

**Versicherungsnehmer**

Name:   
Anschritt:   
Telefon:   
E-Mail:   
Polizzennr.:

**Verletzter**

Name:   
Beruf:   
Geb.Datum:

**Unfallbericht**

Datum:  Uhrzeit:   
Ort:

**Schadensfallhergang**

Hatte der Verletzte in den letzten 12 h vor dem Unfall Alkohol genossen? (ja/nein)   
Wenn ja, wurde eine Blutprobe entnommen? (ja/nein)   
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Art des Unfalls:

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Aktenzeichen:

**Bei Verkehrsunfällen:**

**Name und Anschrift der Fahrzeuginsassen zum Zeitpunkt des Unfalls**

Name	PLZ	Stadt	Strasse und Hausnummer

**Angaben zum Lenker**

Name:   
Anschrift:   
Geb.Datum:   
Telefon:

**Führerscheindaten des Lenkers**

Ausstellende Behörde:  Führerscheinnummer:   
Ausstellungsdatum:  Gruppen:   
Behördliches Kennzeichen des KFZ:   
War der Lenker Berufslenker? (ja/nein)   
Wurde die Fahrt mit Wissen und Willen des VN ausgeführt? (ja/nein)   
Zweck der Fahrt:

**Angaben zur Verletzung**

**Name und Anschrift der behandelnden Ärzte (Krankenhaus):**

Krankenhaus/Arzt	PLZ	Stadt	Strasse und Hausnummer

Erster Behandlungstag:  Uhrzeit:   
Welcher Arzt:   
Was hat er angeordnet:   
Unterbringungsdauer im Krankenhaus:  Tage

**Welche Verletzungen sind eingetreten?**


**Befindet sich der Verletzte zu Hause? (ja/nein)**

**Wenn nein, wo dann?**

**Wann wird er voraussichtlich wieder arbeitsfähig sein? (Datum)**

**War der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund? (ja/nein)**

---

**Bei welcher Versicherung besteht eine weitere Unfallversicherung?**

**Erhielt er früher eine Unfallentschädigung? (ja/nein)**

**Wenn ja, wann? (Datum)**

**Aktenzeichen:**

**Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?**

**Bankverbindung**

---

**Die Überweisung hat zu erfolgen an:**

**Auszahlungsart:**

**Kontoinhaber:**

**Bankleitzahl, Bank:**

**Kontonummer:**

**Schweigepflicht-Entbindungserklärung**

"Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen."

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der  
versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers



VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

### Schadenmeldung

Unfallversicherung - Arztbestätigung

FIDES Versicherungsmakler GesmbH  
Glanzinggasse 8 / Top 4, A-1190 Wien  
A-1190 Wien

Tel: 43 1 470 56 96  
Fax: 43 1 2533 033 9626  
E-Mail: office@fides.co.at

#### Versicherer

Versicherer:   
Polizzennr.:

#### Versicherungsnehmer

Name:   
Anschrift:   
Telefon:   
E-Mail:   
Polizzennr.:

#### Verletzter

Name:   
Beruf:   
Geb.Datum:

#### Unfallbericht

Datum:  Uhrzeit:   
Ort:

#### Schadensfallhergang

**Arztbestätigung**

---

Dauer der Behandlung: von:  bis:

Art der körperlichen Schädigung (Diagnose):

Derzeitiger objektiver Befund bzw. Schlußbefund:

Dauer der stationären Behandlung (wenn bekannt):  
von:  bis:

Gänzliche Arbeitsunfähigkeit:  
von:  bis:

---

Datum und Bestätigung des Arztes

---

**Schweigepflicht-Entbindungserklärung**

"Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen."

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der  
versicherten Person

---

Unterschrift des Versicherungsnehmers