

Unfall-Schadenanzeige



Generali Versicherung AG

Generaldirektion: 1011 Wien,
Landskronng. 1-3, Tel. (01) 534 01-0

Polizzenummer: _____

Schadennummer: _____

Bitte wenden Sie sich an Ihre zuständige Landesdirektion:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> 1011 Wien, Landskronngasse 1-3, Tel. 01/515 90-0 | <input type="radio"/> 8010 Graz, Conrad-von-Hötzendorfstraße 8, Tel. 0316/80 56-0 | <input type="radio"/> 6901 Bregenz, Quellenstraße 1, Tel. 0 55 74/49 41-0 |
| <input type="radio"/> 7001 Eisenstadt, Esterhazystraße 20-22, Tel. 0 26 82/631 46-0 | <input type="radio"/> 4010 Linz, Adalbert-Stifter-Platz 2, Tel. 0732/ 76 36-0 | <input type="radio"/> 5024 Salzburg, Markus-Sittikus-Straße 12, Tel. 0662/86 80-0 |
| <input type="radio"/> 3100 St. Pölten, Dr.-Karl-Renner-Promenade 37-41, Tel. 0 27 42/315-0 | <input type="radio"/> 6010 Innsbruck, Ma.-Theresien-Str. 51-53, Tel. 0512/59 26-0 | <input type="radio"/> 9010 Klagenfurt, Burggasse 9, Tel. 0463/58 29-0 |

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau und wahrheitsgemäß aus und senden Sie ihn möglichst bald unterzeichnet an Ihre **Generali-Regionaldirektion!**

Daten des Versicherungsnehmers:

Name und Anschrift:

Telefon tagsüber:

e-mail:

Nebenversicherungen:

Unfall Kranken Leben

Gesellschaft und PolizzenNr.:

Daten des Versicherten (Verletzten):

Name und Anschrift:

Geburtsdatum:

derzeitiger Beruf:

Staatsbürgerschaft:

Unfallzeit (Datum, Uhrzeit):

Unfallort (Ort, Straße):

aufnehmende Polizeidienststelle:

Genaue Beschreibung von Ursachen und Hergang des Unfalles (wenn nötig auf der Rückseite):

Zeugen (Name, Anschrift, Telefon):

Arbeitsunfähig: nein ja, voraussichtlich von _____ bis _____

Unfall bei: Beruf/Weg Verkehr Schule sonstiges:
 Freizeit Haus/Garten Sport

Genaue Angaben (ärztliche Diagnosen) zu der (den) durch den Unfall erlittenen Verletzung(en) (wenn nötig auf der Rückseite):

Erste Hilfe von (Arzt, Krankenhaus):

Behandelnder Arzt: Name, Anschrift:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Bei stationärer Behandlung: Krankenhaus, Aufenthaltsdauer:

Haben Sie Verletzungen, die nicht durch diesen Unfall verursacht wurden?

nein ja:

Waren Sie vor diesem Vorfall bereits invalid oder hatten Sie sonst ein Gebrechen?

nein ja:

Wird der Unfall nach Ansicht des behandelnden Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben: nein ja:

Bei Verkehrsunfall: Lenker (Name, Anschrift):

FührerscheinNr.:

Ausstellungsdatum:

Behörde:

Lenkerberechtigung für:

Bei Insassenunfall:

Welche Insassen (Lenker) hatten Sicherheitsgurte angelegt:

Ausstattung mit Sicherheitsgurten: vorne hinten

Gesamtpersonenanzahl im KFZ zum Unfallzeitpunkt:

Nur eine wahrheitsgemäße und erschöpfende Beantwortung aller Fragen sichert Ihren Anspruch. Striche und andere Zeichen genügen nicht. Ich stimme ausdrücklich zu, dass der Versicherer von Ärzten, Krankenanstalten und von sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern oder anderen Versicherungen und Behörden die zur Prüfung des Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte einholt und entbinde diese Personen von ihrer beruflichen Verschwiegenheitspflicht. Diese Auskünfte werden vom Versicherer ausschließlich gemäß § 11a Versicherungsvertragsgesetz verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Versicherter