

# SCHADENANZEIGE



Die Niederösterreichische  
Versicherung

## UNFALL

erstellt durch

POLIZZENNUMMER	SCHADENNUMMER

Versicherungsnehmer		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail

Versicherte Person		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail

Angaben zum Unfall		
Unfallort	Unfalltag	Uhrzeit
Was ist passiert (Schilderung)? Welche Verletzungen haben Sie erlitten?		
Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:	Aktenzahl

Ist der Verletzte bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

An wen soll die Entschädigung überwiesen werden?		
Kontoinhaber	Kontonummer	Bankleitzahl

Ich/Wir ermächtige/n die Erste n.oe. Brandschaden-Versicherungsaktiengesellschaft, Einsicht in alle den gegenständlichen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) und in die Krankengeschichte bzw. das Ambulanzprotokoll zu nehmen.

Krankenhaus:

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Name VN	POLIZZENNUMMER
---------	----------------

<b>Bericht des behandelnden Arztes</b>
Art der Verletzung (Diagnose)

War der Verletzte bereits vor dem Unfall verletzt oder mit Krankheit bzw. Gebrechen behaftet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar

Ursache der Verletzung:
-------------------------

<b>Unfallfolgen</b>		
Ist ein stationärer Aufenthalt notwendig?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Krankenhaus		
von	bis	
die ambulante Behandlung dauerte		
von	bis	
Ist der Verletzte aufgrund des Unfalles in seiner Beschäftigung behindert?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
vollkommen	von	bis
teilweise	von	bis

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?
-----------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes