

SCHADENMELDUNG - UNFALL / BUFT

Vers. Gesellschaft:

Helmut Kaiser Versicherungsmakler

Ges.m.b.H & Co. KG

Innsbrucker-Bundesstr. 67, 5020 Salzburg

Tel. 0662/877501, Fax 0662/872683

E-Mail: hk@helmut-kaiser.at

Schadennummer: Unfalltag:

Polizzenummer: Unfallort:

Name des VN:

Anschrift:

Überweisung an: IBAN: BIC:

Name u. Anschrift des Verletzten:

.....

Beruf: Geb. Datum:

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Von welcher Polizei/Gendarmeriestelle wurde der Unfall aufgenommen

.....

.

Name und Anschrift des Arztes, der über den Gesundheitszustand des Verletzten vor Eintritt des Unfalles Auskunft geben kann:

.....

Ist der Verletzte noch anderweitig gegen Unfall versichert?

Nein Ja Wenn ja – Versicherung:

Polizze Nr.:

In welcher Höhe wurde bereits Entschädigung geleistet: €

War der Verletzte vor dem Unfall in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja Wenn ja, aus welchem Grund?

Bericht über den Unfallhergang (bei welcher Tätigkeit):

Ich stimme ausdrücklich zu, dass alle Ärzte, Krankenanstalten, Apotheken, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzes ermächtigt sind, der oben angeführten Versicherungsgesellschaft Auskünfte zu übermitteln und entbinde diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Versicherten

Bericht des behandelnden Arztes

Wann wurde die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum: Uhrzeit:

Beschreibung der Verletzung:

Krankenhausbehandlung vom bis

Befindet sich der Verletzte derzeit im Krankenstand? Ja Nein

Wurde Bettruhe verordnet? Ja Nein

War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles alkoholisiert?

Ja Nein

Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten? Ja Nein

Wenn ja, Beauftragung eines Gutachters nach einem Jahr

Wenn ja, in welcher Höhe: %

In welchem Ausmaß ist der Verletzte im Hinblick auf seinen Beruf arbeitsunfähig?

_____ % von _____ bis _____

_____ % von _____ bis _____

_____ % von _____ bis _____

Wie lange wird der Verletzte voraussichtlich noch arbeitsunfähig sein?

_____ Tage _____ Wochen _____ Monate

An welchen Krankheiten oder Gebrechen hat der Verletzte zur Unfallzeit gelitten?

Wie weit und auf welche Art haben Krankheiten oder Gebrechen die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stampiglie
des behandelnden Arztes