



SCHADENMELDUNG

Versicherer		Sparte Unfall		Polizze-Nr.
Schaden-Nr. Versicherer	Unsere Schaden-Nr.	Sachbearbeiter Makler	e-mail	

Versicherungs-
nehmer

Name, Adresse, Plz, Ort		Geburtsdatum
derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber	

Allgemeine
Angaben zum
Vorfall

Unfall vom	Uhrzeit	Arbeitsunfähig (von – bis)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall
			<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
Unfallort			
Behördl. Aufnahme		Behörde, Wachstube, etc.	Aktenzahl
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Verletzte Person(en) (Name, Anschrift)			Geburtsdatum
Behandlung durch (Name und Anschrift des Arztes, der Krankenanstalt, etc.)			
Genaue Unfallschilderung			
Welche Verletzungen haben Sie bei dem Unfall erlitten?			

H-I-S Ihr Versicherungsmakler GmbH

Paradeisergasse 9/2 Top 7
9020 Klagenfurt am Wörthersee
 Tel. +43 (0) 463 513605
 Fax +43 (0) 463 513605-130
 office@his-vm.com

Herrngasse 1
9400 Wolfsberg
 Tel. +43 (0) 4352 35597
 Fax +43 (0) 4352 35597-230

Kostenfreie Schadenhotline: 0800-501 079

Bankverbindung: HYPO ALPE-ADRIA-BANK AG
 Kto.Nr. 1270737, BLZ 52000
 FN 128889v, LG Klagenfurt am Wörthersee
 DVR 2110537 • G.Reg. 201 C216/1
 UID: ATU 60323055

Besteht eine weitere private Unfallversicherung?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungsunternehmen u. Polizzenummer:	
Stationärer Krankenhausaufenthalt von – bis:	Name u. Adresse der Krankenanstalt:

Wurde der Unfall durch Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Schlaganfall oder Herzinfarkt ausgelöst?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles alkoholisiert?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wurde der Unfall vom Verletzten verursacht?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, Name und Anschrift des Unfallgegners bzw. des Verursachers:

Zahlungs-
erledigung

Zahlungsempfänger

Bankinstitut	Kontonummer	Bankleitzahl
--------------	-------------	--------------

Die Unterschrift gilt gleichzeitig als Vollmacht, Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und bei Polizei, Gerichten und Verwaltungsbehörden sowie insbesondere bei Ärzten und Krankenanstalten einzuholen, Einsicht in Akten und Krankengeschichten zu nehmen, sowie Abschriften oder Auszüge daraus anzufertigen bzw. anzufordern.

Ort, Datum	Unterschrift, Versicherungsnehmer	Unterschrift, Versicherte Person
------------	-----------------------------------	----------------------------------