

Schadenmeldung Unfall

Polizzenummer / Schadennummer

**Ver-
sicherungs-
nehmer**

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon (zw. 8 u. 16 h)

--	--

Mailadresse

Mobilnummer

--	--

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

**Versicherte
(unfall-
betroffene
Person)**

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

--	--

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon (zw. 8 u. 16 h)

--	--

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung bei (Dienstgeber) zum Unfallzeitpunkt

**Ereignisbe-
schreibung**

Schadendatum /
Uhrzeit

Ort

Behördlich aufgenommen?

ja

nein

Von wem?

Geschäftszahl

Genaue Sachverhaltsdarstellung

**Führer-
schein-
daten**

Falls die verletzte Person Kfz-Lenker war:

Führerscheinnummer

Gruppe(n)

ausgestellt am:

ausgestellt von

--	--	--	--

**Allgemeine
Fragen**

Art der Verletzung?

Arbeitsunfähigkeit von bis einschließlich

Voraussichtliche Behandlungsdauer Name und Adresse des behandelnden Arztes?

Krankenhaus ambulant stationär von bis

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?
 ja nein möglicherweise

Handelt es sich um einen Freizeitunfall? ja nein
Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt? ja nein

Bei welchen Gesellschaften? Welche Sparten? Polizzi-Nummer

Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? ja nein Wenn ja, in welcher Menge?

Wurden Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?
(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsverminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, usw.) ja nein
Wenn ja, wie?

Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst? ja nein

**Bankver-
bindung**

Entschädigungszahlung an
Kontoinhaber Bankleitzahl / Bank Kontonummer

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.
a) Ich bevollmächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, der Allianz Elementar Vers. AG über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
b) Ich bevollmächtige die Allianz Elementar Vers. AG sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort, Datum Unterschrift des Verletzten Unterschrift des Versicherungsnehmers

Informationen für den Versicherungsnehmer / Verletzten:

Wir benötigen zur Abrechnung des/der Taggeldes: - bei Arbeitnehmern: Krankenstandsbestätigung des Sozialversicherers, - bei Selbstständigen und Bauern: einen vom Hausarzt ausgefüllten Schlussbericht;
Spitalgeldes: - eine Spitalsaufenthaltsbestätigung;
Dauernde Invalidität: - eine entsprechende ärztliche Bestätigung über unfallkausale Dauerfolgen, frühestens ein Jahr nach dem Unfall.