



## UNFALL - SCHADENSANZEIGE

**Polizzen Nummer** (unbedingt anführen): \_\_\_\_\_

**Schaden Nummer** (falls bereits bekannt): \_\_\_\_\_

### VERSICHERTE (verletzte) PERSON

|                                     |                       |                                              |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| Familienname, Vorname, Titel        | Geburtsdatum          | berufliche Beschäftigung zum Unfallzeitpunkt |
| Straße, Hausnummer                  | Postleitzahl, Wohnort |                                              |
| Telefonnummer (Tagsüber erreichbar) | E-Mail Adresse        |                                              |

### ALLGEMEINE ANGABEN ZUM UNFALL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zeitpunkt des Unfalls (Datum und Uhrzeit)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)                    | <input type="checkbox"/> <b>Freizeitunfall</b><br><input type="checkbox"/> <b>Arbeits- oder Arbeitswegunfall</b> |
| Waren Sie zum Unfallzeitpunkt gesetzlich unfallversichert?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |                                                                                                                  |
| Wurde der Unfall bei der gesetzlichen Unfallversicherungsanstalt gemeldet?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |                                                                                                                  |
| <b>Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?</b><br><input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> im Haushalt <input type="checkbox"/> beim Sport (Angabe der Sportart) _____<br><input type="checkbox"/> Verkehrsunfall als Lenker eines Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall als Beifahrer<br><input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad (Angabe cm <sup>3</sup> _____) <input type="checkbox"/> Moped (Angabe cm <sup>3</sup> _____)<br>Waren Sie als Lenker zum Unfallzeitpunkt im Besitz einer gültigen Lenkerberechtigung? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN<br><b>Bitte Führerscheinkopie beilegen (Vorder- und Rückseite)!</b><br>Bestand zum Unfallzeitpunkt eine Alkoholisierung <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wurde der Unfallhergang von der Polizei aufgenommen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN<br>Wenn ja, bitte Adresse der Dienststelle angeben (PLZ und Ort) _____<br><b>Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls</b> (falls der Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort) |                                                           |                                                                                                                  |

Bestehen weitere Unfall- oder Krankenversicherungen bei anderen Versicherungsgesellschaften? ☐ JA ☐ NEIN

| Versicherungsgesellschaften | Polizzen Nummer | Art der Versicherung (Unfall oder Kranken) |
|-----------------------------|-----------------|--------------------------------------------|
|-----------------------------|-----------------|--------------------------------------------|

Sind Sie Mitglied beim Alpenverein, Naturfreunde und Ähnliches oder haben Sie eine Kreditkarte mit Versicherungsschutz? ☐ JA ☐ NEIN  
wenn ja, Angabe der Mitgliedsnummer bzw. der Kreditkartengesellschaft und Kartenummer

### ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> an Bank oder Sparkasse<br><input type="checkbox"/> an die Adresse<br><b>ACHTUNG!</b><br>Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt. | Name des Geldinstitutes, IBAN, BIC, KontoinhaberIn |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

➔ **ERFORDERLICHE UNTERLAGEN:** sämtliche vorhandene medizinische Berichte, Ambulanzkarten, MR-,CT und Röntgenbefunde (keine Bilder), Kopie Führerschein bei Verkehrsunfall

### ERMÄCHTIGUNGSERKLÄRUNG

Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zweck der Beurteilung der vertraglichen Leistungspflicht der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group **alle medizinischen Unterlagen** (z.B. Anamnese, Krankengeschichte, Operationsbericht, Ambulanzprotokoll, Arztbericht, Laboruntersuchung inkl. Blutalkoholbefund, Röntgen- und nuklearmedizinischer Befund, Gutachten von privaten oder gesetzlichen Versicherungen) und **betreffende Akten bei Behörden** (z.B. Polizeiprotokoll inkl. Alkoholmessergebnisse, Gerichtsakte) zur Verfügung gestellt werden.

Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer ärztlichen und/oder sonstigen beruflichen Schweigepflichten entbunden sind. Diese Zustimmung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass die Prüfung der vertraglichen Leistungspflicht eingestellt wird.

**Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben - dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben oder elektronisch erfasst wurden. Den Datenschutzhinweis unter [www.wienerstaedtische.at](http://www.wienerstaedtische.at) habe ich gelesen. Durch meine Unterschrift akzeptiere ich die Behandlung meiner Daten entsprechend den Regelungen dieses Datenschutzhinweises.**

Ort, Datum

Unterschrift versicherte (verletzte) Person

Unterschrift des/der Versicherungsnehmer/s