

Schadenmeldung Unfall

A669207020

Schadennummer / Polizzenummer

**Ver-
sicherungs-
nehmer**

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

Österreichischer Leichtathletik - Verband

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon (zw. 8 u. 16h)

Prinz-Eugen-Straße 12, 1040 Wien

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

**Versicherte
(unfall-
betroffene)
Person**

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon (zw. 8 u. 16h)

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

**Ereignis-
beschreibung**

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?

Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? ja nein

Wenn ja, in welcher Menge?

Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?

(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung 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 ermächtige 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 den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.



Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Österr. Leichtathletik-Verband (ÖLV)
(= Versicherungsnehmer)