



Schadenmeldung für Personen-Unfall

Versicherer

Polizzenummer/
Schadennummer

**Versicherungs-
nehmer**

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

Geburtsdatum

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

**Versicherte
unfallbetroffene)
Person**

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

Geburtsdatum

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Telefon

Beschäftigung und Nebenbeschäftigung

**Ereignis-
Beschreibung**

Schadendatum / Uhrzeit

Ort

Behördlich aufgenommen

von wem

Geschäftszahl

ja nein

Genaue Sachverhaltsdarstellung



Führer-
scheindaten

Falls die verletzte Person KFZ-Lenker war:

[Empty text box]

Allgemeine
Fragen vom
Arzt zu
bestätigen
und
unterzeichn
en

Art der Verletzung?

[Empty text box]

Arbeitsunfähigkeit von bis einschließlich

[Empty text box]

Voraussichtliche Behandlungsdauer Name und Adresse des behandelnden Arztes?

[Empty text box]

Krankenhaus ambulant stationär von bis

[Empty text box]

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

[Empty text box]

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

ja nein möglicherweise

Handelt es sich um einen Freizeitunfall?

ja nein

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

ja nein

Wenn ja in welcher Menge?

[Empty text box]

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.)

Wenn ja, wie?

[Empty text box]

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

ja nein

Wenn ja, wie?

[Empty text box]

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes



Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt? ja nein

Wenn ja bei welchen Gesellschaften ?

**Bank-
verbindung**

Entschädigung an Kontoinhaber	Bankleitzahl / Bank	Konto-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Fragen der Schadensmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. I

- a) Ich bevollmächtige Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, dem Unfallversicherer und der RieVers Versicherungsmakler GmbH sowie deren Vertreter, über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) und Auskünfte zu geben.
- b) Ich bevollmächtige den Unfallversicherer und die RieVers Versicherungsmakler GmbH sowie deren Vertreter in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers