

# Schadensmeldung Krankenversicherung



|   |   |
|---|---|
| <b>Gesellschaft*:</b> .....<br><b>Polizzenummer*:</b> ..... | <b>Berater:</b> .....<br><b>Email:</b> .....<br><b>Telefon:</b> ..... |
|---|---|

## Schadendaten

---

Tag des Schadens:\* .....  
 Uhrzeit:\* .....  
 Schadensort :\* .....

## Versicherungsnehmer

---

Name, Vorname:\* .....  
 Geburtsdatum:\* .....  
 Straße, Hausnummer:\* .....  
 PLZ und Ort:\* .....  
 Telefon:\* .....  
 Email: .....

## Allgemeine Fragen

|  |  |
|--|--|
| Geschädigter*                              | <input type="checkbox"/> VN  |
| Name*                                      | .....  |
| Anschrift*                                 | .....  |
| Telefon*                                   | .....  |
| Geburtsdatum*                              | .....  |
| Beruf*                                     | .....  |
| Name und Anschrift des behandelten Arztes* | .....  |
| Art der Verletzung (Diagnose)*             | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Stationärer Spitalaufenthalt        | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Krankenhaus                         | Aufgenommen am ..... bis einschließlich .....                |
| Wie hat sich der Vorfall ereignet?* |  |
| .....                               |  |
| .....                               |  |
| .....                               |  |
| .....                               |  |
| .....                               |  |
| .....                               |  |
| .....                               |  |

### Auszahlung

Die Überweisung der Schadensleistung soll an die unten angeführte Anwaltskanzlei erfolgen:

#### Rechtsanwälte OG

Mag. Brunner, Mag. Stummvoll

Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt

IBAN: AT02 1200 0515 4205 4579

BIC: BKAUATWWXXX

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift, dass alle Angaben zu diesem Schadenfall der Wahrheit entsprechen. Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Ich ermächtige die oben angeführte Gesellschaft (Versicherung), Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden einzuholen, Einsicht in die Akten zu nehmen, sowie Abschriften anzufertigen. Beschädigte Sachen bzw. Teile bewahre ich bis zur Erledigung des Schadenfalles oder entsprechenden Weisung auf.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort/Datum\*

Unterschrift des Versicherungsnehmers\*

**Nur für den internen Gebrauch bestimmt (nicht für den Versicherer) und vom Versicherungsnehmer (Geschädigten) unbedingt noch auszufüllen:**

Ich ersuche die oben angeführte Anwaltskanzlei die vom Versicherer gegebenenfalls erhaltene Schadensleistung wie folgt zu überweisen:

Post

Bank: ..... IBAN: ..... BIC: .....