

<b>Polizzenummer:</b>  _____	<h2>Unfall - Schadenanzeige</h2>
------------------------------------	----------------------------------

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
von Ihrem Schadenfall erhielten wir Kenntnis. Bitte senden Sie diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an protecta.at zurück.  
Vielen Dank.

### A. Angaben zum Versicherungsnehmer

Vor- und Nachname des Versicherungsnehmers:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Beruf:
Land:	Telefonnummer (tagsüber und/oder privat):
Fax-Nummer:	E-Mail Adresse:
Bankverbindung: Name des Geldinstitutes: Kontoinhaber:	Konto-Nr: BLZ:

### B. Angaben zum Unfallgeschehen

Schadentag: \_\_\_\_\_ Schadenzeit: \_\_\_\_\_  
Schadenort : \_\_\_\_\_

### C. Bitte geben Sie uns eine ausführliche Schadenschilderung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### D. Angaben zur verletzten Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Vor- und Nachname der verletzten Person:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Beruf:
Beschäftigt bei:	
Land:	Telefonnummer (tagsüber und/oder privat):
Fax-Nummer:	E-Mail Adresse:

##### 1. Welche Verletzungen sind aufgetreten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### 2. Schadenart:

Handelt es sich um einen

Betriebs-/ Arbeitsunfall       Wegeunfall (auf direktem Wege von/zur Arbeitsstätte)       Unfall ohne Bezug zum Beruf

##### 3. Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

ja                               nein

Wenn ja, was und welche Menge? \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ (Uhrzeit und Datum)

Blutalkoholgehalt in o/oo zum Unfallzeitpunkt: \_\_\_\_\_

#### E. Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen:

1. a. Art des Kfz (z. B. Pkw, Lkw, Bus): \_\_\_\_\_
- b. Hersteller des Fahrzeuges: \_\_\_\_\_
- c. Kennzeichen des Fahrzeuges: \_\_\_\_\_
2. Führerscheinklasse des Fahrers: \_\_\_\_\_

**3. Namen und Anschriften der Insassen:**

	Vor- und Nachname	Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort
1.			
2.			
3.			

**4. Wenn als Autoinsasse, war der Verletzte angeschnallt?**

ja                       nein

**F. Weitere Angaben zum Unfallgeschehen**

**1. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?**

nein  
 ja                      Dienststelle: \_\_\_\_\_                      Aktenzahl: \_\_\_\_\_

**2. An welchem Tag, zu welcher Stunde, und durch wen wurde zuerst ärztliche Hilfe geleistet?**

Datum: \_\_\_\_\_                      Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
 Arzt (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

**3. Wann und durch wen wurde die Behandlung fortgesetzt?**

Datum: \_\_\_\_\_                      Uhrzeit: \_\_\_\_\_                      durch Dr. med.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_                      Uhrzeit: \_\_\_\_\_                      durch Dr. med.: \_\_\_\_\_

**4. Ist / war eine stationäre Behandlung erforderlich?**                       nein                       ja, seit \_\_\_\_\_

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? \_\_\_\_\_                      Wurde beendet am: \_\_\_\_\_

**5. Findet z.Z. noch eine ambulante Behandlung statt?**                       nein                       ja, seit.. \_\_\_\_\_

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? \_\_\_\_\_                      Wurde beendet am: \_\_\_\_\_

**6. Wurde der Verletzte arbeitsunfähig geschrieben?**                       nein                       ja, ab: \_\_\_\_\_

Wie lange wird der Verletzte noch arbeitsunfähig sein? \_\_\_\_\_

**7. War der Verletzte vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig?**  ja                       nein

Falls nein, welche anderen Erkrankungen lagen vor? \_\_\_\_\_

**8. Haben Sie bereits früher Unfälle erlitten, wenn ja mit welchen Folgen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Ist nach ärztlicher Meinung mit dauernden Folgen (Invalidität) zu rechnen?  Ja  nein

10. Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren konsultiert?

Name und Anschrift	Zeitpunkt und Grund

11. Besteht, oder bestand noch anderweitig Versicherungsschutz gegen Unfälle?

nein  ja, Versicherung \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

12. Besteht eine private oder gesetzliche Krankenversicherung?

nein  ja, Versicherung \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch protecta.at und dem jeweiligen Versicherer, zum Zwecke der Schadenbearbeitung, erkläre ich mich einverstanden. Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden der Gesellschaft Auskünfte zu erteilen.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der verletzten Person

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Erklärung des Versicherungsnehmers**

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, und zwar auch dann, wenn dem Versicherer dadurch keine Nachteile entstehen.

Name des Beraters / der Geschäftsstelle \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherungsnehmers