

# Unfall-Schadenmeldung

Bitte schicken Sie Schadenmeldung an die VAV Versicherung: Fax: +43.1.716 07-96208 / E-Mail: monika.hasieber@vav.at  
Ihr Anliegen wird dadurch schnellst möglich erledigt. - Danke!

Polizzen Nr. / Schaden Nr.: \_\_\_\_\_

erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon)			
Name des Versicherten		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Beruf		Arbeitgeber	
Unfalldatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
Unfallort			
Schilderung des Unfallherganges			
Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Spitals			
<b>Angaben über Versicherungen</b>			
Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche Kasse?			
Unfallversicherung bzw. Lebensversicherung mit Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Gesellschaft	Polizzennummer
<b>Unfall mit dem Kraftfahrzeug</b>			
Name des Lenkers		Führerschein - Nr.	Ausstellungstag
			Gruppe
Der Tatbestand wurde von der Polizei (Gendarmerie) aufgenommen <input type="checkbox"/> ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl <input type="checkbox"/> nein		Anzeige wurde erstattet <input type="checkbox"/> ja Name des Beschuldigten <input type="checkbox"/> nein	
Daten des Fahrzeuges <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped		Marke	
<b>Überweisung der Versicherungsleistung</b>			
<input type="checkbox"/> Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber <input type="checkbox"/> an die Adresse Achtung! Für Geldzustellungen an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.			
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolizze Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der VAV die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind. Gemäß § 34 VersVG (Versicherungsvertragsgesetz) bestätige ich mit der Unterschrift die vollständige und wahrheitsgetreue Schadenmeldung. Ich (Wir) ermächtige(n) die VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Krankenhaus, Polizei, Gericht usw.) zu nehmen.			
Ort, Datum	Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten	Unterschrift des Versicherten	
Ort, Datum	Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet. Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers:		

<b>Vermerke des behandelnden Arztes</b>			
<b>Diagnose</b>			
Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung			
<b>Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall</b>			
War der Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, usw.)			
<b>Ursache der Verletzung</b>			
Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)	
Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		In welchem Ausmaß?	
<b>Unfallfolgen</b>			
Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welche?	
Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welche?	
<b>Krankenhausbehandlung</b>			
Name und Anschrift des Krankenhauses		Art der Behandlung <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von                      bis
<b>Berufsbehinderung</b>			
Ordnungsgemäße Krankmeldung bei der Pflichtkrankenkasse: von: bis: arbeitsunfähig ab:			
<b>Erste ärztliche Hilfe und weitere ärztliche Behandlungen</b>			
Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?			
Datum	Uhrzeit	Wer hat sie geleistet?	
Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?			
Ort, Datum		Unterschrift des behandelnden Arztes	