

# SCHADENANZEIGE



Die Niederösterreichische  
Versicherung

## UNFALL

erstellt durch

POLIZZENNUMMER	SCHADENNUMMER

Versicherungsnehmer (Familienpassinhaber)			
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche	
Anschrift: PLZ Ort		Straße	
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail	Sozialversicherungs-Nr./Firmennummer:

Versicherte Person – im Familienpass eingetragene(s) Kind(er)			
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche	
Anschrift: PLZ Ort		Straße	
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail	

Angaben zum Unfall		
Unfallort	Unfalltag	Uhrzeit
Was ist passiert (Schilderung)? Welche Verletzungen haben Sie erlitten?		
Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:	Aktenzahl

Ist der Verletzte bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
--

An wen soll die Entschädigung überwiesen werden? (Vorbehaltlich versicherungsmäßiger Deckung)		
Kontoinhaber	IBAN	BIC

Ich/Wir ermächtige/n die Niederösterreichische Versicherung AG, Einsicht in alle den gegenständlichen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) und in die Krankengeschichte bzw. das Ambulanzprotokoll zu nehmen.

Krankenhaus:

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

