

# Unfallversicherung Schadenmeldung



<b>Sparte 70</b> <input type="checkbox"/> (Einzelunfall) <b>Sparte 74</b> <input type="checkbox"/> (Unfallmehrleistung/Bündel)	<b>Polizzenummer</b>	<b>Schadennummer</b>
---	----------------------	----------------------

Die Schadenanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Vers.VG)  
Bei Antworten **Nein/Ja: Nichtzutreffendes streichen!**

<b>VersicherungsnehmerIn:</b>		
Familienname, Vorname	SV-Nummer	Geburtsdatum
Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege / Tür	
Beruf, Art der Beschäftigung, bei Arbeitslosigkeit seit wann	Telefonnummer	

<b>Versicherte (unfallbetroffene) Person:</b>		
Familienname, Vorname	SV-Nummer	Geburtsdatum
Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege / Tür	
Beruf, Art der Beschäftigung, bei Arbeitslosigkeit seit wann	Telefonnummer	
Ist der/die Verletzte noch anderweitig privat unfallversichert?	Nein/Ja, Anstalt: _____	Polizzen-Nr. _____
Ist der/die Verletzte privat krankenversichert?	Nein/Ja, Anstalt: _____	Polizzen-Nr. _____
Ist der/die Verletzte sozialversichert?	Nein/Ja, Anstalt: _____	
Hat der/die Verletzte bereits vorher einen Unfall erlitten?	Nein/Ja	
Wenn ja, wann ereignete sich der Unfall und welche Folgen hatte dieser?	_____	
Hat der/die Verletzte dafür Versicherungsleistungen erhalten?	Nein/ja, Anstalt: _____	Polizzen-Nr. _____

<b>Angaben zum Unfall:</b>		
Wann hat sich der Unfall ereignet?	Am _____, um _____ Uhr	
Wo hat sich der Unfall ereignet?	_____	
Bei welcher Beschäftigung bzw. bei welcher Gelegenheit hat sich der Unfall ereignet?	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (auch Wegunfall)	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
Bei welcher Polizeibehörde wurde der Unfall gemeldet?	_____ Aktenzahl: _____	
Hat der/die Verletzte in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?	<input type="checkbox"/> Ja Welche/Wieviele? _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Wie hat sich der Unfall ereignet? (genaue Darstellung)	_____ _____ _____ _____	
Art und Ausmaß der Verletzung:	_____ _____ _____	

**Behandelnder Arzt**

Name, Anschrift \_\_\_\_\_

**Entschädigung** soll angewiesen werden an:

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Bank / BLZ \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

**Ermächtigung**

Ich ermächtige die Ärzte und Krankenhäuser, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), der Kärntner Landesversicherung a. G. über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Bericht, Befunde, Gutachten udgl.) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich die Kärntner Landesversicherung a. G. in alle – diesen Schadenfall betreffenden – Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen können.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Verletzten \_\_\_\_\_

Unterschrift VersicherungsnehmerIn \_\_\_\_\_

**ACHTUNG:** Erfolgte die Erstbehandlung in einem Krankenhaus, ersuchen wir um Übermittlung der Ambulanzkarte. In diesem Fall ist ein Anfangsbericht des behandelnden Arztes nicht erforderlich. Des Weiteren ersuchen wir Sie, sämtliche vorhandene Befunde, Atteste udgl. beizulegen.

**Anfangsbericht des behandelnden Arztes**

Wann wurde die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Datum, Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Wer hat sie geleistet? \_\_\_\_\_

Art und Ausmaß der Verletzung: \_\_\_\_\_

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?  Ja  Nein

Krankenhaus: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeit:** völlige Arbeitsunfähigkeit 100%ige von \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_ teilweise Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_%ige von \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_

Ist die Verletzung zweifellos unmittelbar und ausschließlich durch den Unfall verursacht? Nein/Ja

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z. B. alte Verletzungen oder Degenerationen (von Bändern, Kapseln, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkungen, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle udgl.), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- und Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

Ja  Nein Wenn ja, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?  Ja  Möglicherweise  Nein

In welcher Form? \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Kärntner Landesversicherung auf Gegenseitigkeit**

A 9020 Klagenfurt am Wörthersee · Domgasse 21 · Telefon 0463/5818-0 · Fax: 0463/5818-600 · E-Mail: anfragen@klv.at · DVR 0027511 · FN 97361 d  
LG Klagenfurt UID: ATU 25275706 · Bankverbindung: BKS · Konto-Nr. 100-112876 · BLZ 17000 · IBAN: AT73 1700 0001 0011 2876 · BIC: BFKKAT2K

Unsere Datenschutzinformation finden Sie unter [www.klv.at/datenschutz](http://www.klv.at/datenschutz).