

SCHADENANZEIGE

UNFALL KRANKHEIT BETRIEBSUNTERBRECHUNG

Versicherungsgesellschaft:	Polizze-Nr.:
	Schaden-Nr. intern: Schaden-Nr. VU :
Versicherungsnehmer:	
Versicherte Person:	Geburtsdatum:
Ereignisort:	Ereignistag:
Bei Unfall: <input type="checkbox"/> <i>Freizeitunfall</i> <input type="checkbox"/> <i>Arbeitsunfall</i>	
Genaue Schilderung von Ursache und Hergang:	
Erlittene Verletzungen:	

ALLGEMEINE FRAGEN

Wann erfolgte erstmals ärztliche Hilfe? **Datum:**

Anschrift d. Arztes bzw. Spitals:

Bei welchen Gesellschaften bestehen weitere Versicherungen?

Gesellschaft:
Polizzen-Nr.:

UNABHÄNGIG

QUALIFIZIERT

ERFAHREN

KOLLMANN GESMBH.
ARDETZENBERGSTRASSE 6B
A-6800 FELDKIRCH
TEL.05522/77788 FAX 77788-75
E-Mail: makler@kollmann-gmbh.at
DVR 0702854

VERSICHERUNGSMAKLER INTERNATIONAL
GEPRÜFTER VERSICHERUNGSBERATER
GERICHTL.BEEID.SACHVERSTÄNDIGER FÜR DAS
VERSICHERUNGSWESEN
Homepage: www.kollmann-gmbh.at
FIRMENBUCH FELDKIRCH FN 58093 g

Bestätigung des behandelnden Arztes/Spitals:

Diagnose bei Übernahme der Behandlung?

Datum der Beendigung der ärztlichen Behandlung?

Zuletzt erhobener objektiver Befund bzw. Schlußbefund?

Ist oder war der Patient unfallsbedingt/krankheitsbedingt

100 % Arbeitsunfähig Von: _____ Bis: _____

Teilweise Arbeitsunfähig ___% Von: _____ Bis: _____

.....
Ort/Datum

.....
Bestätigung des Arztes/Spitals

Der Versicherungsnehmer (Verletzte) bzw. der Anspruchsteller ist vertraglich verpflichtet, die wahrheitsgetreu und vollständig ausgefertigte Schadenanzeige der Gesellschaft unverzüglich zurückzusenden. Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

aufgenommen von _____ in _____ am _____ Unterschrift Versicherungsnehmer

Wir stellen es dem Versicherungsbüro KOLLMANN GmbH und der angeführten Versicherungsgesellschaft frei, in unserem Namen Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) einzuholen. Einsicht in alle auf uns bezughabende Akten zu nehmen, sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen, und bei Haftpflichtschäden, ohne eine besondere weitere Verständigung an uns, über die Ersatzansprüche mit der Gegenseite in unserem Namen zu verhandeln und zu vergleichen und den Schadenersatz direkt an die Gegenseite zu leisten.

Gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ermächtigt der Versicherte die Ärzte und Krankenanstalten, in deren Behandlung er steht oder früher gestanden ist, der angeführten Gesellschaft und dem Versicherungsbüro auf Verlangen über seine Gesundheitsverhältnisse und über alle beobachteten Erkrankungen Berichte und Auskünfte zu erteilen. Weiters die Versicherungsgesellschaften bzw. deren Organe, Einsicht in alle den gegenständlichen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

UNABHÄNGIG

KOLLMANN GESMBH.
ARDETZENBERGSTRASSE 6B
A-6800 FELDKIRCH

VERSICHERUNGSMAKLER INTERNATIONAL
GEPRÜFTER VERSICHERUNGSBERATER
GERICHTL.BEEID.SACHVERSTÄNDIGER FÜR DAS
VERSICHERUNGSWESEN

QUALIFIZIERT

TEL.05522/77788 FAX 77788-75

Homepage: www.kollmann-gmbh.at

ERFAHREN

E-Mail: makler@kollmann-gmbh.at
DVR 0702854

FIRMENBUCH FELDKIRCH FN 58093 g