

Unfallversicherung Schadenbericht



Helvetia Versicherungen AG

Schadenservice

Der direkte Draht für Schadenaskünfte

T 050 222-7110 F 050 222-91562

schaden@helvetia.at

www.helvetia.at

Generaldirektion:

1010 Wien, Hoher Markt 10-11

T 050 222-0, F 050 222-91000

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer

Familien- u.
Vorname:

Adresse:

Telefon-Nr.,
E-Mail:

Beruf:

Geburtsdatum:

Bankverbindung:

Bankleitzahl:

Konto-Nr.:

Konto-Inhaber:

Versicherter (Verletzter)

Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum: Uhrzeit:

Unfallort:

Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?

Geschäftszahl:

Zeugen (Name, Adresse, Telefon-Nr.):

Schilderung des Unfallherganges:

Verwandtschaftsverhältnis zwischen
Versicherungsnehmer und Verletztem:

Bestehen noch bei anderen Versicherungsgesellschaften Unfallversicherungen?
Gesellschaft: Polizzen-Nummer(n):

ja nein

Haben Sie schon früher eine Unfallentschädigung von einer Versicherungsgesellschaft erhalten?
Gesellschaft: Polizzen-Nummer(n):

ja nein
Betrag: EUR

Welche Körperteile sind verletzt
(Art der Verletzung)?

Name und Adresse des Arztes, der Sie
wegen des Unfalles behandelt:

Bei mitversichertem Spitalgeld
und/oder Taggeld können die
umseits vorgedruckten Bestä-
tigungen verwendet werden!

Sind oder waren Sie wegen des Unfalles in Spitalpflege?
Wenn ja, in welchem Spital?

Waren Sie bei Eintritt des Unfalles vollkommen gesund
oder hatten Sie irgendein Leiden oder Gebrechen?

Falls sich der Unfall beim Lenken eines Kraftfahrzeuges ereignete:

Führerschein-
Nr.:

Führerschein-
klassen:

Führerschein
ausgestellt von:

Führerschein
ausgestellt am:

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.

Ich ermächtige die Helvetia Versicherungen AG sowie deren Vertreter, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten, insbesondere Strafakte und in meine Krankengeschichte
Einsicht zu nehmen und davon Kopien anzufertigen. Ebenso ermächtige ich die Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, jede Auskunft zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Spitalaufenthalts-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Der (die) Patient(in):

Geburtsdatum:

Adresse:

befand/befindet sich

vom

bis

wegen (Diagnose)

bei uns in stationärer Behandlung.

Beurlaubt während des stationären Aufenthaltes:

Datum

Krankenhausstempel und Unterschrift

Arzt-Bestätigung

Zur Vorlage bei: Helvetia Versicherungen AG (DVR: 0014991)

Herr / Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

ist/war aufgrund des Unfalles

vom

von

bis

wegen (Diagnose)

arbeitsunfähig.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes