

Schadenmeldung für Unfallschäden

Mit der Tab-Taste kommen Sie in das jeweils nächste Textfeld oder klicken Sie das Feld mit dem Cursor an.

Polizzenummer / Schadennummer	
Schadenmeldung wurde ausgefüllt von	

Versicherungsnehmer*in

Vor- und Nachname, Titel / Firma	
Adresse	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Telefon
E-Mail	
Beschäftigung bzw. Dienstgeber*in zum Unfallzeitpunkt	

Verletzte Person

Vor- und Nachname, Titel / Firma	
Adresse	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Telefon
E-Mail	
Beschäftigung bzw. Dienstgeber*in zum Unfallzeitpunkt	

Ereignisbeschreibung

Schadendatum, Uhrzeit	
Ort	
Behördliche Aufnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn ja, von wem?
	Geschäftszahl



Schadenursache / genauer Schadenhergang (eventuell mit Skizze)	
Sind Sie auch bei anderen Gesellschaften lebens-, kranken- oder unfallversichert oder wurden solche Versicherungen beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft, Sparte, Polizzenummer?	
Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, welche Menge?	
Waren Sie vor dem Unfall bereits gesundheitlich beeinträchtigt? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- oder Drogenmissbrauch usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, wie?	
Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol-/Drogenmissbrauch die Unfallfolge ungünstig beeinflusst? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Führerscheindaten

Falls die verletzte Person KFZ-Lenker war

Führerscheinnummer	Gruppe(n)
ausgestellt am (Tag/Monat/Jahr)	ausgestellt von

Bankverbindung

Entschädigungszahlung

Kontoinhaber*in	Bank
IBAN	BIC / SWIFT

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet, auch wenn sie nicht von eigener Hand geschrieben sind.

Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung:

Mit meiner Unterschrift

- ermächte ich Ärzt*innen, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, der TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. alle mit dem im konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden, unerlässlichen Auskünfte und Berichte über meine Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen, zu geben und zu übermitteln. Ich befreie die genannten Stellen und deren Mitarbeiter*innen von Ihren ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten.
- bevollmächtige ich die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. sowie deren Vertreter*innen, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen, in die den Schaden betreffende Akte (Verwaltungsstrafakte, Behördenakte) Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.
- bevollmächtige ich die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. sowie deren Vertreter*innen, in gegenständlicher Schadenangelegenheit Daten (auch Gesundheitsdaten) zum Zwecke der Kostenteilung/Regressforderung bei Dritten, wie z.B. anderen Gesellschaften, einzuholen bzw. weiterzugeben.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@tiroler.at oder mittels Brief an die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G., Wilhelm-Greil-Straße 10, 6020 Innsbruck, widerrufen werden.

Diese Zustimmung sowie Schweigepflichtentbindungserklärung sind freiwillig. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Bearbeitung des Schadenfalles in der Regel nicht möglich sein wird.

Zustimmung zur Schadenkorrespondenz:

Ich willige ausdrücklich ein, dass sämtliche, diese Schadenangelegenheit betreffende Korrespondenz, wie beispielsweise Polize, Rückfragen, Abrechnungsschreiben udgl. auch wenn diese besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) enthält, über den/die Versicherungsnehmer*in als Vertragspartner*in des Versicherungsunternehmens oder über einen vom/von der Versicherungsnehmer*in bevollmächtigte*n Vertreter*in erfolgen kann.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@tiroler.at oder mittels Brief an die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G., Wilhelm-Greil-Straße 10, 6020 Innsbruck, widerrufen werden.

Wenn ich diese Einwilligung nicht erteile, wird die mich betreffende Korrespondenz direkt mit meiner Person abgewickelt. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich in diesem Fall notwendige Unterlagen gegebenenfalls selbst beibringen muss.

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

Unterschrift Versicherungsnehmer*in /
firmenmäßige Zeichnung

TIROLER Personenversicherungen

T 0512 5313 1600 | F 0512 5313 1293

Wilhelm-Greil-Straße 10 | 6020 Innsbruck

unfall@tiroler.at | www.tiroler.at

Bitte beachten Sie unsere **Informationen** unter www.tiroler.at/Datenschutz



Informationen für den/die Versicherungsnehmer*in / Verletzte*n:

Wir benötigen zur Abrechnung des/der

Taggeldes:

- bei Arbeitnehmer*innen: Krankenstandbestätigung des Sozialversicherers
- bei Selbständigen und Bauern/Bäuerinnen: einen vom Hausarzt/von der Hausärztin ausgefüllten Schlussbericht

Spitalsgeldes:

- eine Spitalsaufenthaltsbestätigung ausgestellt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall

Dauernden Invalidität:

- eine entsprechende ärztliche Bestätigung über unfallkausale Dauerfolgen

Arztbericht

Polizzenummer / Schadennummer	
Vor- und Nachname, Titel / Firma	

Allgemeine Fragen

Nur vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen

Art der Verletzung?		
Hundertprozentige unfallkausale Arbeitsunfähigkeit von (Tag/Monat/Jahr)	bis einschließlich (Tag/Monat/Jahr)	
Voraussichtliche Behandlungsdauer		
Name und Adresse des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin		
Krankenhaus	von - bis	
		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?		
Ist eine dauernde Beeinträchtigung (bleibende Invalidität) durch die Unfallfolgen zu befürchten?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> möglicherweise
Entstand die Verletzung eindeutig durch einen Unfall?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Ursachen		

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin