

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 050 222-1000, F 050 222-91000

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer

Familien- u.
Vorname:

Adresse:

Telefon-Nr.,
E-Mail:

Beruf:

Geburtsdatum:

Name des Geldinstitutes:

BIC:

IBAN (LKZ / BLZ / Kontonummer):

_____ / _____ / _____
Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte.

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

Sind oder waren Sie wegen des Unfalles in Spitalspflege?
Wenn ja, in welchem Spital? _____ umseits vorgedruckten Bestä-
tigungen verwendet werden!

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