



Donau Allgemeine
Versicherungs-AG
Sitz: SCHOTTENRING 15
1010 WIEN
Tel.: +43 (0)50 330 70000
Fax: +43 (0)50 330 9972637

UNFALL / UBU
SCHADENMELDUNG

Unternehmer-
Betriebsunterbrechung

Polizzen-Nr.:	Schaden-Nr.:
Versicherungsnehmer:	
Adresse des VN:	
Telefon:	Fax:
Kto.-Nr.:	BLZ:
Schadendatum:	Uhrzeit:
Schadenort:	

Versicherte Person: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Geb.-Datum: _____

An wen soll eine allfällige Entschädigung erbracht werden?

Empfänger: _____ Kto.-Nr.: _____ BLZ: _____

BITTE BEI UNFALL AUSFÜLLEN

Unfalldatum: _____ Uhrzeit: _____

Unfallort: _____

Wurde der Tatbestand von der Exekutive aufgenommen? JA NEIN

Wenn ja, von welcher _____ Adresse: _____

War der Einsatz einer Rettung erforderlich? JA NEIN

Name und Adresse des Unfallgegners: _____

Haftpflichtversicherer: _____

Zeugen: _____

Welche Körperteile sind verletzt? (Art der Verletzung): _____

Nur bei Krankheit auszufüllen

Angaben über Krankheit: Beginn: _____ Ende: _____

Diagnose: _____

Erstmaliges Auftreten der Krankheit: ja nein

Wenn nein, wann trat die Krankheit erstmals auf? _____

Bisherige Behandlungen: _____

Frühere Krankenhausaufenthalte (Name der Krankenhäuser / von – bis): _____

Vollständig geheilt? ja nein

Bei Unfall und Krankheit auszufüllen:

Name und Adresse des behandelnden Arztes: _____

Sind bzw. waren Sie in Spitalspflege? ja nein

Wenn ja, in welchem Spital? _____

Waren Sie bei Eintritt des Unfalles/der Krankheit vollkommen gesund? ja nein

Wenn nein, Angaben der Gebrechen bzw. Leiden? _____

Besteht für den Versicherten bei einer anderen Gesellschaft eine

1) Unfallversicherung ja nein

Wenn ja, bitte Angabe der Gesellschaft(en), Pol.-Nr. und Versicherungssumme(n): _____

2) Betriebsunterbrechungsversicherung ja nein

Wenn ja, bitte Angabe der Gesellschaft(en), Pol.-Nr. und Versicherungssumme(n): _____

3) Krankenversicherung ja nein

Wenn ja, bitte Angabe der Gesellschaft(en), Pol.-Nr. und Versicherungssumme(n): _____

Haben Sie für diesen Versicherungsfall schon andere Leistungen erhalten bzw. erwarten Sie solche?

ja nein

Wenn ja, von wem und in welcher Höhe? _____

Der Unterzeichnende erklärt vorstehende Fragen gewissenhaft und vollständig beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN

VOLLMACHT

Ich, _____

bevollmächtige die Donau Allgemeine Versicherungs-AG in meinen Angelegenheiten _____

in den gerichtl. bzw. ärztl. Akt einzusehen und von diesen Abschriften zu nehmen. Ebenso ermächtige ich jene Ärzte, welche mich behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich, jede Auskunft zu erteilen.

Ort, Datum _____ Versicherter _____ Versicherungsnehmer _____

SPITALAUFENTHALTS-BESTÄTIGUNG

zur Vorlage bei der Donau Versicherung

Der (die) Patient(in): _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

befand (befindet) sich vom _____ bis _____

wegen (Diagnose) _____

bei uns in stationärer Behandlung.

Beurlaubt während des stationären Aufenthalts: _____

Datum Krankenhaus

ARZT-BESTÄTIGUNG

zur Vorlage bei der Donau Versicherung

Herr (Frau): _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ist / war aufgrund des Unfalles / der Krankheit vom: _____

Diagnose: _____

vom: _____ bis: _____ 100% arbeitsunfähig

vom: _____ bis: _____ 75% arbeitsunfähig

vom: _____ bis: _____ 50% arbeitsunfähig

vom: _____ bis: _____ 25% arbeitsunfähig

Sind Dauerschäden zu erwarten ja nein

Wenn ja, geschätzter Prozentsatz _____ %

Datum Behandelnder Arzt