



DONAU ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-AKTIENGESELLSCHAFT SITZ: 1010 WIEN, SCHOTTENRING 15  
 TELEFON: 01/ 31 311, TELEFAX: 01/ 310 77 51, FIRMENBUCH FN 32002 m BEIM HANDELSGERICHT WIEN DVR: 0016683

SCHADENSNUMMER

# UNFALLMELDUNG

**Bitte die Rückseite vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen!**

## VERSICHERUNGSNEHMER

Rosa unterlegte Felder nicht ausfüllen! Bitte in Blockschrift schreiben! Zutreffendes bitte  ankreuzen!

Vor- und Zuname, Adresse

Telefonnummer

Beruf

Bankinstitut und Kontonummer

Polizzenummer

**Bitte melden Sie Unfälle sofort und beantworten Sie die Fragen vollständig, um unnötige Verzögerungen zu vermeiden.**

## VERLETZTER

Vor- und Zuname, Adresse

Geburtsdatum

Beruf und etwaige Nebenbeschäftigung

1. Datum des Unfalls (Tageszeit und Stunde)

19 um Uhr

2. An welchem Ort bzw. in welchem Raum ereignete sich der Unfall?

3. Bei welcher Beschäftigung oder bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?

4. Wie hat sich der Unfall ereignet? Bitte um eine genaue Hergangsschilderung

5. Name und Adresse des behandelnden Arztes

6. Ist der Verletzte noch bei anderen Unfall- oder Lebensversicherungsgesellschaften versichert?

ja, Gesellschaft:

Versicherungssumme:

nein

Sind solche Versicherungen beantragt?

ja

nein

7. Bei Kraftfahrzeug-Unfällen:

Wie viele Insassen, inklusive Lenker, befanden sich zum Zeitpunkt des Unfalls im versicherten Kraftfahrzeug?

Vor- und Zuname, Adresse des Lenkers

Führerscheinnummer

Gruppen

Ausstellungsbehörde

Ausstellungsdatum

Fahrzeugart (z. B. PKW, LKW, KRAD)

8. Die Polizei, Gendarmerie in

hat den Tatbestand aufgenommen und die Anzeige gegen

erstattet.

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

**Bitte wenden!**

## EINSICHTSERMÄCHTIGUNG

Der Gefertigte ermächtigt die DONAU ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-AKTIENGESELLSCHAFT oder ihren ausgewiesenen Vertreter, in  die Krankengeschichte,  das Ambulanzprotokoll des Krankenhauses bzw. des behandelnden Arztes, oder in das Gendarmerie/Polizei-Protokoll, aus Anlaß des Unfalls vom  Einsicht zu nehmen.

Ich war in der Zeit vom  bis  stationär, vom  bis  ambulant in Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. Anspruchstellers

# Bericht des behandelnden Arztes

1.	Art der Verletzung (Diagnose)? (Es wird um möglichst genaue Beschreibung der Verletzung gebeten.)
2.	War der Verletzte <b>vor dem Unfall</b> bereits invalid, irgendwie verstümmelt, körperlich oder geistig gebrechlich oder mit einer Krankheit behaftet?
3.	Ist die Verletzung unzweifelhaft, unmittelbar und ausschließlich durch den Unfall verursacht? Oder haben noch andere Umstände mitgewirkt, wie z. B. vorhandene Übel oder Krankheitszustände (Frage 2)? Haben solche event. die Folgen des Unfalls erhöht oder verschlimmert und in welchem Grad?
4.	a) Welche Unfallfolgen sind zu erwarten bzw. schon eingetreten?
	b) Wird der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge haben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzusehen
5.	a) War der Verletzte in stationärer Behandlung eines Krankenhauses? <input type="checkbox"/> ja: In welchem Krankenhaus? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
	b) Dauer des stationären Aufenthalts? ab: _____ bis einschließlich: _____
6.	a) Ist auf Ihre Anordnung Bettruhe notwendig? <input type="checkbox"/> ja: Für wie lange Zeit? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
	b) Wie lange im ganzen dürfte der Verletzte infolge des Unfalls in seiner Beschäftigung gestört sein? c) Kann der Verletzte seiner Beschäftigung irgendwie (z. B. durch Erteilung von Anordnungen, durch Leitung oder Beaufsichtigung im Beruf usw.) <b>teilweise</b> nachkommen?
7.	a) Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? am _____ 19..... um _____ Uhr
	b) Von wem wurde sie geleistet?
8.	Durch welchen Zeitraum hindurch konnte der Verletzte in keiner Weise seinem Berufe nachgehen? ab: _____ bis einschließlich: _____

Ort, Datum

Unterschrift