

Die Unfallanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz).

Polizzenummer/
Schadensnummer: Polizzennummer (unbedingt angeben): 2610/000414-7 Schadensnummer (wenn bekannt): _____

VersicherungsnehmerIn:

UNION FLYING SWANS TRAUNSEE – DRACHENFLIEGER UND PARAGLEITER CLUB

Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname PA. Obm. Volker Kastenhuber tagsüber erreichbar unter Tel.Nr. _____
4694 Ohlsdorf, Forthausstr. 42
Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

Versicherte (unfallbetroffene) Person:

Familienname, Vorname, Titel _____ Geburtsdatum _____ Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls) _____
Postleitzahl _____ Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür _____ tagsüber erreichbar unter Tel.Nr. _____ Nebenberuf _____

Allgemeine Angaben:

Zeitpunkt des Unfalls: Datum _____ Uhrzeit _____

Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben) _____

Beschreibung des Ereignisses: _____

War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)? Ja Nein

Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert? Ja → Bei welcher Anstalt? _____
 Nein

Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten? _____ Bitte Aktenzahl (wenn möglich) _____

Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert? Ja → Welche/ Wieviele? _____
 Nein

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert? Ja → Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzennummer) _____
 Nein _____

Führerscheindaten (falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

Fahrzeuglenker _____ Ausstellende Behörde _____ Ausstellungsdatum _____
Führerscheinnummer _____ Fahrzeuggruppe _____

Ermächtigung und Bankverbindung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle, diesen Schadenfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Leistung überweisen auf Kto.-Nr. _____ Institut- Bankleitzahl _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Union Flying Swans Traunsee -
Drachenflieger und Paragleiter Club

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Unterschrift:VersicherungsnehmerIn

Vermerk des behandelnden Arztes

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch
genommen worden?

Datum, Uhrzeit _____

Wer hat sie geleistet?

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung
über die Art der Verletzung (Diagnose)

Arbeitsunfähigkeit

völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____

teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____

War der/die Verletzte
im Krankenhaus?

Ja → Krankenhaus: _____

Nein

Wie lange befand sich der/die Verletzte
in stationärer Behandlung?

Hat der Unfall bleibende
Invalidität zur Folge?

Ja → Welche? _____

Möglicherweise → _____

Nein

Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall

War der/ die Verletzte vor dem Unfall
gesundheitlich behindert, wie z.B. alte
Verletzungen oder Degeneration (von
Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.),
sonstige Behinderungen (Bewegungs-
einschränkung, Amputationen usw.),
Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle
und dergleichen), Herzleiden, Diabetes,
Alkohol-oder Drogenabusus, Epilepsie,
reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

Ja → Bitte nähere Angaben:

Nein _____

Haben Krankheiten,
Gebrechen oder Alkohol- und
Drogeneinfluss den Unfall
mitverursacht bzw. die
Unfallfolgen ungünstig
beeinflusst?

Ja → In welcher Form? _____

Möglicherweise → _____

Nein

Berichtshonorar überweisen auf Kontonummer _____ Institut/ Bankleitzahl _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes