UNIQA Sachversicherung AG
A-1021 Wien, Praterstraße 1–7, Tel. (01) 211 75-0*,
Sitz: Wien, FN 46466 h Handelsgericht Wien, DVR: 0664367

Meldung und Anfragen bitte an das Versicherungsbüro Wolfgang Held Ges.m.b.H.
2353 Guntramsdorf, Hauptstraße 25 ; Tel.: 02236 / 53086-0 ; Fax: 02236 / 53086-4 ; Mail: schaden@diehelden.at
Versicherungsmakler * Berater in Versicherungsangelegenheiten * Gewerbliche Vermögensberatung * Firmensitz: A-2353 Guntramsdorf, Hauptstraße 25 * FB: FN 117213y LG Wr. Neustadt

Unfall-Schadenanzeige

Polizze Nr.: 2611/000206
Versicherungsnehmer:
Amt der NÖ Landesregierung

Fragen:	OEPS Mitgliedsnummer:
1. Des Verletzten a) **Name** u. **Telefonnummer** b) **Geburtsdatum** u. **E-Mail-Adresse** c) **Wohnort** / Adresse d) **Beruf und etwaige Nebenbeschäftigung**	a) ..... b) ..... c) ..... d) .....
2. Datum des Unfalles **(Tageszeit und Stunde)?**	am .....20....., um ..... Uhr
3. An welchem **Orte bzw. in welchem Raume** ereignete sich der Unfall?	
4. Welches ist die **unmittelbare Veranlassung** und der **Hergang** des Unfalles? (Diese Frage ist ausführlich zu beantworten, so daß man ein deutliches Bild von dem Unfall erhält.	
5. Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Krankenhauses.	
6. Ist der Verletzte noch bei anderen Unfall- oder Lebensversicherungsanstalten versichert? Wenn ja, bei welchen und mit welchen Summen?	

Der unterzeichnete Versicherte bzw. Entschädigungsansprecher erklärt, obige Fragen gewissenhaft und der Wahrheit gemäß beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit seiner Angaben.

.....	.....	.....
Stempel u. Unterschrift des Vereins	Unterschrift des Verletzten	Datum

Bericht des behandelnden Arztes

Schadenanzeigen ohne vollständig ausgefüllten ärztlichen Bericht werden als ungenügend zurückgewiesen

1. Art der Verletzung? (Es wird um möglichst genaue Beschreibung der Verletzung gebeten.)	
2. War der Verletzte vor dem Unfall bereits invalid, irgendwie verstümmelt, körperlich oder geistig gebrechlich oder mit einer Krankheit behaftet? (Z. B. Bruch, Krampfadern, Geschwüre, Verlust oder Steifheit von Fingern, Verminderung des Sehvermögens, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Rückenmarksleiden, Tuberkulose, Skrofeln usw.)	
3. a) Welche sind die bereits eingetretenen und wahrscheinlich weiteren Folgen des Unfalls? b) Wird der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge haben?	a) ..... b) .....

..... , am .....20..... .....
Unterschrift des behandelnden Arztes