UNIQA und sicher.

SPORT UNION NIEDERÖSTERREICH

Die Niederösterreichische VERSICHERUNG

DVR: 0007013

Meldung und Anfragen bitte an: **SPORTUNION NIEDERÖSTERREICH; Dr. Adolf Schärf-Straße 25, 3100 St. Pölten, Tel.: 02742/205 – 11 DW**

UNFALL-SCHADENANZEIGE

Polizze-Nr.: 2311/091500
Versicherungsnehmer:
Amt der NÖ Landesregierung

Der Geschädigte ist Mitglied/Funktionär des Vereines:

.....

Schaden Nr.: .....

Fragen:	Antworten:
1) Des Verletzten **a) Name** **b) Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)** **c) Wohnort (Straße, Hausnummer)** **d) Beruf und etwaige Nebenbeschäftigung**	**a) .....** **b) .....** **c) .....** **d) .....**
2) Datum des Unfalles (Tageszeit und Stunde)	**am ..... 20....., um ..... Uhr**
3) An welchem Ort 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. Platz für eine Skizze auf der Rückseite.)	**.....** **.....** **.....** **.....** **.....**
5) Name und Adresse des behandelnden Arztes (deutlich schreiben)	**.....** **.....**
6) Ist der Verletzte noch bei anderen Unfall- oder Lebensversicherungsanstalten versichert? Wenn ja, bei welchen und mit welchen Summen?	**.....** **.....** **.....**

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

....., den ..... 20.....

Bestätigung durch den Verein:
(Stempel und Unterschrift) .

.....
Unterschrift des Versicherten bzw.
Entschädigungsansprechers

bitte wenden !

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?	....

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

PLATZ FÜR SKIZZE ÜBER DEN HERGANG DES UNFALLS:

bitte wenden !