



Schadenmeldung Unfall

Polizzenummer

Angaben zum Versicherungsnehmer

Nachname Vorname

Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Geburtsdatum/Firmenbuchnummer

Kontaktdaten

Der Versicherungsnehmer stimmt ausdrücklich zu, dass er über den gesamten Ablauf dieses Schadens per SMS/E-Mail informiert wird und die Möglichkeit erhält, freiwillig Feedback zur Schadenabwicklung zu geben.

Nachname Vorname

Benachrichtigung für den Versicherungsnehmer

keine Benachrichtigung gewünscht

per E-Mail

per SMS

Kontaktdaten für Benachrichtigung (E-Mail-Adresse oder Handynummer)

Nebenversicherung

ja, es besteht eine weitere Versicherung für das versicherte Risiko

nein, es ist keine weitere Versicherung vorhanden für das versicherte Risiko

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

Angaben zur versicherten/betroffenen Person

Nachname Vorname

Adresse

Geburtsdatum



Angaben zum Schadenhergang

Schadendatum	Schadenuhrzeit
Schadenort: Wo ist der Schaden passiert? <input type="checkbox"/> vollständige Adresse ist bekannt (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Land) <input type="checkbox"/> keine vollständige Adresse vorhanden: Beschreiben Sie den Schadenort.	
Schadenhergang: Was ist passiert?	
Beeinträchtigung: Hat die versicherte/betroffene Person vor dem Unfall beeinträchtigende Substanzen konsumiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> derzeit nicht bekannt wenn ja, durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Suchtgift <input type="checkbox"/> Medikamente	
Fremdverschulden: Ist der Unfall durch Fremdverschulden entstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verschulden: Wen trifft ein Verschulden? <input type="checkbox"/> Person ist bekannt (Daten hier angeben) <input type="checkbox"/> wird nachgebracht <input type="checkbox"/> Person ist unbekannt	
Nachname Vorname	

■ Behördliche Aufnahme

- Schaden wurde behördlich aufgenommen (Daten hier bekannt geben)
- Schaden wurde nicht behördlich aufgenommen

Behörde <input type="checkbox"/> Polizeiinspektion <input type="checkbox"/> Bezirkshauptmannschaft	Name der Behörde
Geschäftszahl der Anzeige	

Angaben zum Unfallverursacher

Hat der Unfallverursacher ein KFZ gelenkt?
<input type="checkbox"/> Ja, die Fahrzeugdaten sind vorhanden <input type="checkbox"/> Ja, die Fahrzeugdaten werden nachgebracht <input type="checkbox"/> Ja, Fahrzeugdaten sind nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Nein, der Verursacher hat kein KFZ gelenkt
Typ, Marke, Modell
Kennzeichen bekannt / unbekannt

Angaben zum Lenker (versicherte/betroffene Person)

Hat die versicherte/betroffene Person ein KFZ gelenkt?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Typ, Marke, Modell
Kennzeichen bekannt / unbekannt

Angaben zu Forderungen der versicherten/betroffenen Person

Handelt es sich um eine reine Vorsichtsmeldung?
<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein
*alle weiteren Forderungen entfallen
Welche Forderungen möchten Sie geltend machen?
<input type="checkbox"/> Taggeld <input type="checkbox"/> Unfallkosten/Heilkosten <input type="checkbox"/> Genesungsbeitrag <input type="checkbox"/> Schmerzensgeld
Spitalgeld Tod Eventuell Dauerinvalidität Knochenbruch

■ Taggeld

Berufstätig: War die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt berufstätig?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn nein, Sonstige Einkommen/Ausbildungsstatus angeben (z.B.: Arbeitslosigkeit, Pension, Schule, Studium, etc.)
Art der Berufstätigkeit: Welche Tätigkeit hat die verletzte Person ausgeübt? (z.B.: ausschließlich handwerkliche Tätigkeit)
Berufsbezeichnung: Bitte geben Sie die Berufsbezeichnung an?



■ Unfallkosten

Unfallkosten: War es ein Arbeitsunfall (Arbeitsweg) bzw. ein Schulunfall (Schulweg)?

Dokumente zum Schadenfall

Für die Abwicklung des Schadenfalles benötigen wir folgende Unterlagen. Sie können diese Unterlagen mit Angabe der Polizzenummer und Ihres Namens an Ihren Berater oder direkt an service@nv.at schicken. Weitere Dokumente können nachgefordert werden.

- Vollmacht med.
- Medizinische Unterlagen
- Arbeitsunfähigkeitsbestätigung
- Ärztliche Verordnung
- Vorabereinreichung beim SV-Träger
- Aufenthaltsbestätigung Krankenhaus
- Sterbeurkunde
- Rechnung (für Unfall-/Heilkosten)
- Kopie Führerschein Vorder-/ und Rückseite (versicherte Person)

Ich/Wir ermächtige/n die Niederösterreichische Versicherung AG, Informationen bei allen diesen Schadenfall betreffenden Firmen und Behörden einzuholen.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer