

UNFALL-SCHADENANZEIGE	Polizzenummer:
Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige genau aus und senden Sie sie an die auf der Rückseite angekreuzte zuständige Schadenabteilung	Schadensnummer:

Versicherungsnehmer(in): Name und Anschrift			Versicherte Person: Name und Anschrift		
Geburtsdatum	Beruf	Telefon (8-16 Uhr)	Geburtsdatum	Beruf	Telefon (8-16 Uhr)
Überweisung erbeten auf Kto.-Nr. _____ bei (Bankverbindung, -leitzahl) _____					

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)	Aufnehmende Polizeidienststelle						
Unfallort	Name und Anschrift von Zeugen						
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	Wenn Verletzter KFZ-Lenker war, Art des benützten Kraftfahrzeuges						
War der/die Versicherte alkoholisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ein Alkotest vorgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Führerscheindaten des Lenkers</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Ausstellungsbehörde</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Gruppe</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">letztes Ausstellungsdatum</td> </tr> </table>	Führerscheindaten des Lenkers			Ausstellungsbehörde	Gruppe	letztes Ausstellungsdatum
Führerscheindaten des Lenkers							
Ausstellungsbehörde	Gruppe	letztes Ausstellungsdatum					

Bericht über den Unfallhergang

ERMÄCHTIGUNG

- Ich erkläre ausdrücklich, daß ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die Basler Versicherungs-Aktiengesellschaft ermächtige, eine Abschrift der/des Krankengeschichte/Ambulanzprotokolles betreffend meinen Unfall vom

..... zu beschaffen.

- Ich ermächtige eine ausgewiesene Person der Basler Versicherungs-Aktiengesellschaft in alle, diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

Ort, Datum	Unterschrift des Verletzten	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	-----------------------------	---------------------------------------

LNL/0095 - 6/2000

Genauere Bezeichnung der Verletzungen und Unfallfolgen

Wann und bei wem erfolgte erstmals ärztliche Hilfe?

Spitalsbehandlung stationär vom: bis: ambulanz vom: bis:

Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte (mit)versichert?

Bestehen weitere Versicherungen? (Bitte auch Polizzenummer angeben)
Gegen Unfall bei Gegen Krankheit bei

Angaben über frühere Unfälle, Krankheiten und Gebrechen mit jetzigen Folgen

Bitte beachten Sie
Bei stationärer Behandlung und Bestehen einer Spitalgeldversicherung ist eine Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe vorzulegen.
Alle Angaben sind vollständig, vorbehaltlos und wahrheitsgetreu zu machen.
Ort, Datum Unterschrift des Verletzten Unterschrift des Versicherungsnehmers

Anfangsbericht des behandelnden Arztes

BASLER VERSICHERUNGS-AKTIENGESELLSCHAFT IN ÖSTERREICH
Zuständige Schadenabteilung (angekreuzt):
A-1203 Wien, Brigittenauer Lände 50-54
A-4041 Linz, Hauptstraße 10
A-5020 Salzburg, Vierthalerstraße 11
A-6850 Dornbirn, Bahnhofstraße 19
A-8041 Graz, Karl Huber-Gasse 27
A-9021 Klagenfurt, Villacher Straße 27
Telefon 01-331 60-0
Telefon 0732-700641
Telefon 0662-879124
Telefon 05572-28557
Telefon 0316-475316
Telefon 0463-512500
Telefax 01-331 60-200
Telefax 0732-700641-6034
Telefax 0662-879124-7030
Telefax 05572-28557-9030
Telefax 0316-475316-4030
Telefax 0463-512500-5030
DVR: 0430277, HG Wien FN 91097t, UID-NR.: ATU 15366208