



SCHADENMELDUNG

Auslands-Reiseunfall-Versicherung

VERSICHERTE PERSON:

POLIZZENummer:

Versicherung gültig ab:		bis:	
Familiennamen:		Vorname:	
Titel:	Geburtsdatum:	Geburtsnummer:	
Straße, Hausnummer:			Postleitzahl, Ort:
Telefon:		Email:	

ANTRAGSTELLER

(ausfüllen, falls nicht ident mit der versicherten Person)

Familiennamen:	Vorname:	Titel:
Verhältnis zur versicherten Person:		
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:
Telefon:	Email:	

ANGABEN ZUR SCHADENMELDUNG

(bitte verwenden Sie bei Platzmangel ein Zusatzblatt)

Ereignisdatum:	Ort:	Land:	
Haben Sie den Schaden bereits bei der Schadenshotline gemeldet?	Ja	Nein	
Ist das Ereignis unter Einflussnahme von Drogen oder narkotischen Substanzen eingetreten?	Ja	Nein	
Wurde der Unfall von der Polizei untersucht? Wenn ja, bitte Polizeibericht mitsenden.	Ja	Nein	
Wurde der Unfall durch eine andere Person verursacht? Wenn ja, bitte genaue Beschreibung:	Ja	Nein	
Ist die Verletzung im Zuge eines Verkehrsunfalles entstanden? Wenn vorhanden, bitte Polizeibericht mitsenden.	Ja	Nein	

ANGABEN ÜBER DIE BEHANDLUNG

Name und Adresse der medizinischen Erstversorgungsstelle und/oder Weiterbehandlung:	Von:	Bis:
---	------	------

Bitte geben Sie alle Krankenanstalten an (Inland und Ausland), in denen Sie im Zusammenhang mit dem Unfall behandelt wurden oder weiterhin behandelt werden.

Name und Adresse der Krankenanstalt:	Von:	Bis:
Behandelnder Arzt:	Fachgebiet:	
Name und Adresse der Krankenanstalt:	Von:	Bis:
Behandelnder Arzt:	Fachgebiet:	
Name und Adresse der Krankenanstalt:	Von:	Bis:
Behandelnder Arzt:	Fachgebiet:	

Wenn eine Box mehrere Optionen hat, umkreisen Sie die zutreffende Variante.

Wo wurde die dauernde Invalidität festgestellt?

Name/Adresse der Krankenanstalt:	
Behandelnder Arzt:	Fachgebiet:

Welche Verletzung haben Sie im Zuge des Unfalls erlitten?		
Welche Körperteile wurden verletzt?		
Wie stellt sich die dauernde Invalidität dar?		
Haben Sie sichtbare Verletzungen (Wunden, Quetschungen, etc.)? Wenn ja, bitte um Beschreibung.	Ja	Nein
Auf welcher Körperseite sind die Glieder oder Organe betroffen?	Rechts	Links
Welche ist Ihre dominante Hand?	Rechts	Links
Wurde der verletzte Körperteil bereits bei einem vorherigen Unfall verletzt?	Ja	Nein
Haben Sie bereits in der Vergangenheit einen ähnlichen Unfall erlitten? Wenn ja, bitte um Beschreibung.	Ja	Nein
Vorherige gesundheitliche Einschränkungen und deren Zusammenhang mit der gegenständlichen Verletzung:		

Bei Unfall mit Todesfolge benötigen wir eine Kopie der Sterbeurkunde und die Todesursache.

BEMERKUNGSFELD

--

ANGABEN FÜR DIE GEWÜNSCHTE ENTSCHÄDIGUNG

Banküberweisung an folgende Bank:	
IBAN:	BIC:

ERKLÄRUNG

Ich erkläre, obige Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben und nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben zum Verlust des Schadenersatzanspruches führen. Bei Bedarf ermächtige ich den Versicherer, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden einzuholen, Einsicht in alle auf mich Bezug habenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen. Weiters ermächtige ich die Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), den Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskunft (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht.

Anzahl der Anhänge:

Ort:	Datum
Unterschrift	

Bitte senden Sie die Meldung an: hilfe@axa-assistance.at,

Oder per Post an: AXA ASSISTANCE, Waschhausgasse 2, 1020 Wien