



Schadenmeldung

Auslands-Reiseunfall-Versicherung

Versicherte Person:

Polizzenummer:

| | | |
|-------------------------|---------------|-----------|
| Versicherung gültig ab: | bis: | |
| Familienname: | Vorname: | |
| Titel: | Geburtsdatum: | |
| Straße, Hausnummer: | | PLZ, Ort: |
| Telefon: | Email: | |

Antragsteller (bitte ausfüllen, falls nicht ident mit der versicherten Person)

| | | |
|-------------------------------------|----------|-----------|
| Familienname: | Vorname: | Titel: |
| Verhältnis zur versicherten Person: | | |
| Straße, Hausnummer: | | PLZ, 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, kreuzen Sie die zutreffende Variante an.

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? | Links | Rechts |
| Welche ist Ihre dominante Hand? | Links | Rechts |
| 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: | | |

Im Falle von Behandlungskosten im Ausland wird ein ärztliches Attest benötigt aus dem die Diagnose und die Behandlung eindeutig hervorgeht.

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

Bemerkungsfeld

| |
|--|
| |
|--|

An wen soll die Entschädigung überwiesen werden:

| | |
|---------------|-------|
| Kontoinhaber: | 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