

Unfallmeldung Unfallinvaliditätszusatzversicherung

Unfälle sind unverzüglich durch Einsendung dieses ausgefüllten Formulars bei der HYPO-VERSICHERUNG AG zu melden. Für eine rasche Schadensbearbeitung ist die vollständige und korrekte Beantwortung **a l l e r** angeführten Fragen notwendig.

Polizzenummer (Haupttarif):	Schadensnummer:
------------------------------------	-----------------

1. Name des/r Versicherungsnehmer/In:	
2. Name des/r Verletzten:	
3. Geburtsdaten des/r Verletzten:	
4. Wohnort des/r Verletzten: (Ort, Straße, Haus-Nr.)	
5. E-Mail: Tel:	
6. Bankverbindung: BIC: IBAN: Konto lautend auf:	
7. Beruf und allfällige Nebenbeschäftigungen des/der Verletzten:	
8. In welchem (Verwandtschafts-) Verhältnis steht der/die Verletzte zum Versicherungsnehmer?	

9. Datum und Uhrzeit des Unfalls:	
10. Genauer Unfallort:	
11. Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? Falls ja, geben Sie uns bitte die Polizeiinspektion und die Geschäftszahl bekannt:	
12. Geben Sie Name und Anschrift von Zeugen bekannt:	
13. Ursache und Hergang des Unfalls: (bitte ausführlich schildern)	

14. Welcher Art sind die Verletzungen?	
15. Geben Sie uns bitte Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin Krankenhauses bekannt: (Spitalsaufenthaltsbestätigung bzw. Ambulanzkarte bitte beilegen!)	
16. Wer führte die Erstbehandlung durch?	
17. Geben Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres/r Hausarztes/Hausärztin bekannt:	
18. Bestanden bereits vor dem gegenständlichen Unfall körperliche Leiden, Vorunfälle oder sonstige Gebrechen? Gegebenenfalls, welche:	
19. Bei welchem Sozialversicherer ist der Versicherungsnehmer/Verletzte versichert? Vers.Nummer:	
20. Besteht für den Versicherungsnehmer/Verletzten eine Kranken-, Lebens- oder weitere Unfallversicherung? (Wenn ja, geben Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft, Polizzenummer bekannt.)	

Nur bei Unfällen mit einem Kraftfahrzeug zu beantworten:

21. Wer ist Halter bzw. Eigentümer des Kfz?	
22. Wer hat das Kfz gelenkt?	
23. Führerscheindaten des/r Lenkers/Lenkerin:	
24. Kfz-Haftpflichtversicherer des Fahrzeuges? (Gesellschaft, Polizzenummer, Kennzeichen)	

Ich erkläre, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift: _____

Wir ersuchen Sie, auch die nachfolgenden **Vollmachten zu unterfertigen**. Dadurch kann Ihr Unfallakt rascher bearbeitet werden. Die uns übermittelten Informationen werden in jedem Fall vertraulich behandelt.

Vollmacht	Vollmacht
<p>Ich ermächtige die HYPO-VERSICHERUNG AG in meiner Angelegenheit in die Gerichts- und Verwaltungsakte Einsicht zu nehmen und von diesen Abschriften anzufertigen.</p> <p>Ort, Datum:</p> <p>Unterschrift: _____</p>	<p>Ich ermächtige die HYPO-VERSICHERUNG AG zur Beschaffung von Kopien bzw. Abschriften aller ärztlichen Unterlagen meines Unfalls vom: Behandlungszeitraum: Krankenhaus:</p> <p>Ort, Datum:</p> <p>Unterschrift: _____ (des/der Patienten/In bzw. des gesetzlichen Vertreters)</p>