

Die Unfallanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz).

**Polizzenummer/
Schadennummer:** Polizzennummer (unbedingt angeben): 2613/000116-2 Schadennummer (wenn bekannt): _____

VersicherungsnehmerIn:

Steirischer Fußballverband 0316/ 27 15 54
Familiennamenname, Vorname, Titel bzw. Firmenname tagsüber erreichbar unter Tel.Nr.
8020 Graz, Herrgottwiesgasse 134
Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür

Versicherte (unfallbetroffene) Person:

Familiennamenname, Vorname, Titel Geburtsdatum Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls)

Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür tagsüber erreichbar unter Tel.Nr. Nebenberuf

Allgemeine Angaben:

Zeitpunkt des Unfalls: Datum _____ Uhrzeit _____

Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben) _____

Beschreibung des Ereignisses: _____

War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)? Ja Nein

Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert? Ja → Bei welcher Anstalt? _____
 Nein

Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten? _____ Bitte Aktenzahl (wenn möglich) _____

Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert? Ja → Welche/ Wieviele? _____
 Nein

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert? Ja → Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzennummer) _____
 Nein _____

Führerscheindaten (falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

Fahrzeuglenker _____ Ausstellende Behörde _____ Ausstellungsdatum _____

Führerscheinnummer _____ Fahrzeuggruppe _____

Ermächtigung und Bankverbindung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle, diesen Schadenfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Leistung überweisen auf Kto.-Nr. _____ Institut- Bankleitzahl _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Unterschrift:VersicherungsnehmerIn

Vermerk des behandelnden Arztes

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? Datum, Uhrzeit _____

Wer hat sie geleistet? _____

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose) _____

Arbeitsunfähigkeit völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____

teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____

War der/die Verletzte im Krankenhaus? Ja → Krankenhaus: _____
 Nein

Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung? _____

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? Ja → Welche? _____
 Möglicherweise → _____
 Nein

Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall

War der/ die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z.B. alte Verletzungen oder Degeneration (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol-oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.? Ja → Bitte nähere Angaben: _____
 Nein _____

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst? Ja → In welcher Form? _____
 Möglicherweise → _____
 Nein

Berichtshonorar überweisen auf Kontonummer _____ Institut/ Bankleitzahl _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes