

Unfallerberhebung

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter!

Sie haben eine Verletzung erlitten, deren Ursache uns nicht bekannt ist.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen vollständig aus und schicken Sie ihn unterschrieben an uns zurück. Wir ersuchen Sie auch um eine kurze eigene Schilderung des Vorfalles, auch wenn keiner der vorher angeführten Punkte zutreffen sollte!

Wir bitten Sie um Verständnis, dass Leistungen erst nach Einlangen des vollständig ausgefüllten Fragebogens erbracht werden können!

Versicherte/r: Vers.-Nummer: Geb. Datum:.....

Angehörige/r: Vers.-Nummer: Geb. Datum:.....

Adresse: PLZ/Wohnort:.....

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Unfallart:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> im Betrieb/am Weg von oder zur Arbeit | <input type="checkbox"/> Verletzung durch Tiere |
| <input type="checkbox"/> Unfall in der Landwirtschaft | <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall |
| <input type="checkbox"/> Schulunfall | <input type="checkbox"/> Raufhandel/Körperverletzung |
| <input type="checkbox"/> Sportunfall | <input type="checkbox"/> Stromunfall |
| <input type="checkbox"/> Glatteisunfall | <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall | |

2. Unfalltag: Uhrzeit Ort

3. Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen? ja nein

Wenn ja, von welcher?.....

4. Transport mit Krankenwagen? ja nein

Privat-KFZ? ja nein

5. Art der Körperverletzung (Körperstelle angeben):

.....

6. Werden Schadenersatzansprüche gestellt?

ja nein

Werden Sie in dieser Sache von einem Rechtsanwalt vertreten?

ja nein

Wenn ja,

Name:

Adresse:

7. Bei Verkehrsunfällen:

am Weg von der oder zur Arbeit/Schule

in der Freizeit

am Weg von der oder zur Universität

Waren Sie: Fußgänger/In Lenker/In Mitfahrer/In Radfahrer/In

Beteiligte:	Eigenes KFZ bzw. Fahrzeug bei dem Sie MitfahrerIn waren	Weiteres beteiligtes KFZ	Weiteres beteiligtes KFZ
Name und Anschrift des/der Fahrzeuglenkers/lenkerin			
Art des Fahrzeugs	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped/Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped/Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped/Mofa
Kennzeichen des Fahrzeugs			
Haftpflichtversicherungsanstalt			

8. Glatteisunfall:

Waren Sie: FahrzeuglenkerIn FußgängerIn

Ereignete sich der Unfall auf einem: Gehsteig auf der Fahrbahn

War ordnungsgemäß gestreut: ja nein

Wenn als FußgängerIn gestürzt:

PLZ: Ort: Adresse / Haus Nr.:

Name und Anschrift des Grund- bzw. Hauseigentümers:.....
.....

Haftpflichtversichert bei:

9. Verletzung durch Tiere:

Name und Anschrift des Tierhalters/ der Tierhalterin:.....
.....

Haftpflichtversichert bei:

10. Bei Schiunfall:

Sturz durch Fremdverschulden: ja nein

War pistenregelwidriges Verhalten einer anderen Person die Unfallursache: ja nein

11. Wurde vor dem Unfall Alkohol/Suchtgift konsumiert? ja nein

Art und Menge des Alkohols (Suchtgiftes):.....

Zeitdauer, in welcher der Konsum erfolgte:

12. Genaue Schilderung des Ereignisses:

.....
.....
.....

13. Zeugen:

Name: Vorname:

Name: Vorname:

Name: Vorname:

14. Vermutlich Schuldtragende/r:

Sachverhalt:

.....

Zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus diesem Vorfall wird die Salzburger Gebietskrankenkasse nach § 7 Abs.1 Datenschutzgesetz zur Übermittlung aller erforderlichen personenbezogenen Daten ermächtigt und gleichzeitig von der Verschwiegenheitspflicht nach dem ASVG befreit.

Obige Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und nehme zur Kenntnis, dass bewusst unwahre Angaben leistungsrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (z.B. Rückforderung des Krankengeldes; Anzeige bei der Bezirksverwaltungsbehörde, ...).

Datum..... Unterschrift des/der Versicherten.....