

Träger des
Kärntner
Landeswappens

**Schadenmeldung
zur
Schüler-Unfallversicherung**

**Polizzen-Nr.:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Die Schadenanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgetreu und ausführlich zu erstatten (§§ 33f VersVG).

|  |
| --- |
| **Versicherungsnehmer/Schule**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Bezeichnung und Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)**Verletzte Person:**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Familienname, Vorname SV-Nummer und GeburtsdatumKlicken Sie hier, um Text einzugeben.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)**Ist der/die Verletzte anderweitigprivat unfallversichert?** [ ]  Nein [ ]  Ja, Anstalt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**Ist der/die Verletzte privat krankenversichert?** [ ] Nein [ ]  Ja, Anstalt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**Ist der/die Verletztesozialversichert?** [ ] Nein [ ]  Ja, Anstalt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**ANGABEN ZUM UNFALL:****Wann ereignete sich der Unfall?** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.**Wo hat sich der Unfall ereignet?** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.**Der Unfall ereignete sich** [ ] auf dem Weg von oder zu der Schule[ ] im Schulgebäude bzw. am Schulgelände[ ] während einer Exkursion[ ] in der Freizeit |

|  |
| --- |
| **Hat der/die Verletzte in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?** [ ] Nein [ ]  Ja, welche/wie viele?: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**Wie hat sich der Unfall ereignet (genaue Schilderung)?**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Art und Ausmaß der Verletzung:**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Wer hat die Schadenmeldung aufgenommen bzw. ausgefüllt?**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Familienname, Vorname, E-Mail-Adresse**Wer war zum Unfallzeitpunkt die Aufsichtsperson (Lehrkörper)?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Wir bestätigen mit unserer Unterschrift, dass wir alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet haben und die Niederschrift richtig ist. Wir nehmen zur Kenntnis, dass im Sinne der für unseren Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust der Leistungsansprüche führen können*.* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **Ort, Datum Versicherungsnehmer/Lehrkörper verletzte Person** |

**Bitte beachten Sie:**

* Erfolgte die Erstbehandlung in einem Krankenhaus, so ersuchen wir um Übermittlung der Ambulanzkarte.
* Sollte der Versicherer eine Ermächtigung zur Akteneinsichtnahme (Bericht, Befunde, Gutachten etc.) bzw. zur Einholung von Auskünften (Ärzte, Krankenhäuser) benötigen, wird dieser gesondert an die erziehungsberechtigte Person der/des Verunfallten herantreten.
* Bitte übermitteln Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterfertigt an:

Mörtl Versicherungsmakler GmbH

10.-Oktober-Straße 13/2

A-9020 Klagenfurt a. W.

Fax: +43 (0) 463 508 06 1

office.moertl@kobangroup.at