**Schadenmeldung
zur
Schüler-Unfallversicherung**

**Polizzen-Nr. und Schule:** Wählen Sie ein Element aus.

|  |
| --- |
| Die Schadenanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgetreu und ausführlich zu erstatten (§§ 33f VersVG).**VERLETZTE/R SCHÜLER/IN:**Familienname, Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.SV-Nr. und Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Ist der/die Verletzte anderweitig privat unfallversichert?[ ]  Nein [ ]  Ja, Anstalt und Polizzen-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Ist der/die Verletzte privat krankenversichert?[ ] Nein [ ]  Ja, Anstalt und Polizzen-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Ist der/die Verletzte sozialversichert?[ ] 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 Text einzugeben.Der Unfall ereignete sich[ ] auf dem Weg von oder zur Schule[ ] im Schulgebäude bzw. am Schulgelände[ ] während einer Exkursion[ ] in der FreizeitHat 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.Art und Ausmaß der Verletzung:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Wie hat sich der Unfall ereignet (genaue Schilderung)?Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wer hat die Schadenmeldung aufgenommen bzw. ausgefüllt?Familienname, Vorname, E-Mail-Adresse:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Wer war zum Unfallzeitpunkt die Aufsichtsperson (Lehrkörper)?Familienname, Vorname, E-Mail-Adresse: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 Unterschrift Unterschrift** **Schulleitung oder Lehrkörper verletzte/r Schüler/in** |

|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung gem. DSGVO:**Ich willige ein, dass im Rahmen meiner Unfallschadenmeldung meine personenbezogenen Gesundheitsdaten (z. B. Unfallbericht, Befunde, Gutachten) durch die Mörtl Versicherungsmakler GmbH und deren Auftragsverarbeiter (IT-Dienstleister) verarbeitet werden und an den jeweiligen Unfallversicherer zur Abwicklung meines Schadenfalles weitergegeben werden.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **Ort, Datum Unterschrift** **verletzte/r Schüler/in oder gesetzl. Vertreter** |

**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

Schleppe-Platz 8

9020 Klagenfurt

Fax: +43 50 871 3451

office.moertl@kobangroup.at

Formularversion: Aug. 19