

Haftpflichtversicherung des Unfallgegners: Versicherungsunternehmen:	Pol. Nr.:
---	-----------

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Spitalsbehandlung: stationär: vom _____ bis _____ ambulant: vom _____ bis _____ Bezeichnung und Anschrift des Spitals:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert?
--

Wurde wegen einer bleibenden Invalidität an einen Sozialversicherungsträger eine Meldung gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bei welcher:

Bei welcher Anstalt bestehen weitere Lebens-, Unfall- und Krankenversicherungen? Versicherungsunternehmen:	Pol. Nr.:
---	-----------

Lenkte der Verletzte ein Fahrzeug selbst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welches:			
Führerschein Nr.:	Fahrzeuggruppen:	Ausstellungsbehörde:	Ausstellungsdatum:

Die Anweisung soll erfolgen: <input type="checkbox"/> per Post (Achtung Gebührenabzug) <input type="checkbox"/> auf mein Konto Nr. _____ bei der _____/BLZ _____.

Ich ermächtige die oben angeführte Versicherungsanstalt, Ärzte die mich behandeln oder mich schon behandelt haben, ebenso die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung (Krankenkasse), über meinen Gesundheitszustand zu befragen und entbinde sie von ihrer Schweigepflicht. Weiters bevollmächtige ich den Versicherer, bei allen Ämtern, Behörden und Gerichten über Geschehnisse, die im Zusammenhang mit diesem Unfall stehen, Erkundigungen einzuziehen und sich Abschriften zu verschaffen. Dies gilt auch hinsichtlich der Bestimmungen des Datenschutzes.
--

Ort und Datum

eigenhändige Unterschrift des Versicherten (Verletzten)