AIG

**VORDRUCK SCHADENSFALLANZEIGE**

ISTiTUTO COMPRENSIVO VALDAORA • C

VIA KAN.-GAMPER 5 Police Nr. UNFALL HAFTPFLICHT IAH0004153

39030 VALDAORA (BZ)

Tel. 0474 496168

Cod.Min. TBIC81500R Cod.Fisc 92022380213 Versicherungsbeginn: 31/08/2011 Versicherungsende: 31/08/2021

Email. ssp.olang@schuIe.suedtirol.it

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unfalldatum: | Uhrzeit |  | Unfallort: |  |
| Familienname |  | Vorname |  | Steuernr. |  |
| Geburtsdatum | Geb.ort |  |  | Staatsangehörigk. | Geschl. |
| Wohnhaft in: | Anschrift |  |  |  | Prov. |
| Tel. |  | Mobil: | Telefax |  |
| Berufliche Qualifikation |  | Versicherungsposition |  |  |
| Bei Schülern — Klasse |  |  |

BEI MINDERJÄHRIGEN

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Elternteils | Name des 2. Elternteils |

**BESCHREIBUNG DES VORFALLS**

|  |
| --- |
|  |
| Umgebung des Vorfalls (Ort/Raum) |  |
| Was machten Sie zum Zeitpunkt des Unfalls genau? |  |
| Welches unvorhergesehene Ereignis hat den Unfall verursacht? |  |
| Was ist infolgedessen passiert? |  |
| Organisator | Aufsichtsperson/en |  |
| Eventuelle Zeugen: |  |
| Eventuelle Personen, die für die Umstände für verantwortlich erachtet werden: |  |
| Art der Verletzung |  | Körperteil der Verletzung |  |
| Wurde der Verunglückte in ein Krankenhaus eingeliefert? |  | Wenn JA welches? |  |

Pflichtangaben:

* (GESAMTE) ärztliche Dokumentation, ausgestellt vom Krankenhaus / Unfallstation. Wenn kein Krankenhaus / Unfattstation vorhanden ist oder bei Unfällen, die den Zahnapparat betreffen, kann das Attest von einem anderen Arzt oder Facharzt ausgestellt werden, sofern das besagte Attest in der Regel innerhalb 24 Stunden nach Ereignis des Schadensfalls verfasst wird.
* Vordruck für die Zustimmung zur Verarbeitung der personenbezogenen und sensiblen Daten

Stempel der Schule, Unterschrift des Rektors

Unterschrift des Lehrers