

Schadensnummer

muki®

muki versicherungsverein auf gegenseitigkeit
a-4820 bad ischl, wirerstraße 10
tel +43 (0)5 0665 - 5200, fax dw - 4100
dvr 2110857, fn 251897m, www.muki.com

UNFALLSMELDUNG

erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon)

Telefonnummer

DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Polizzenummer

Name des Verletzten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Telefonnummer

Derzeitige Beschäftigung

Dienstgeber

ANGABEN ZUM UNFALL

Unfalldatum Uhrzeit ☐ Arbeits- oder Arbeitswegunfall Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse welche Kasse?

☐ Freizeitunfall

☐ ja ☐ nein

An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?

Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls

Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!

Haben Sie vor dem Unfall Alkohol, Suchtgift oder Medikamente konsumiert? Art und Menge, Zeitraum?

☐ ja ☐ nein

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

ANGABEN ÜBER ANDERE bestehende oder beantragte Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen

Vertragsart

Name der Gesellschaft

Polizzenummer

UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers

Führerscheinnummer

Ausstellungstag

Gruppe

Der Tatbestand wurde von der Polizei (Gendarmerie) aufgenommen

☐ ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl

☐ nein

Anzeige wurde erstattet

☐ ja Name des Beschuldigten

☐ nein

Daten des Fahrzeuges

Marke

Kennzeichen

Fahrgestellnummer

☐ PKW ☐ Motorrad ☐

☐ LKW ☐ Moped

Haben Sie zum Unfallzeitpunkt einen Schutzhelm getragen bzw. einen Sicherheitsgurt angelegt? ☐ Schutzhelm ☐ Sicherheitsgurt ☐ nein

ERMÄCHTIGUNG ZUR AKTENEINSICHT

An das Krankenhaus

Aufnahmezahl

Behörde

Geschäftszahl

Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolizze Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit vollständige Akteneinsicht zu o.a. Behördenakt, Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(en) erhält und eine entsprechende Aktenabschrift anfordern kann. Soweit erforderlich, wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.

Ort, Datum

Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten

Unterschrift des Versicherten

VERSICHERUNGSLEISTUNG

ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

IBAN:

Länder-Code | Prüf-Ziffer | Bankleitzahl | Kontonummer

BIC: Kontoinhaber:

Ort, Datum

Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.
Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers:

BITTE WENDEN!

DVR: 2110857

08/2017

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich gehindert? (z. B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden usw.)

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich gehindert? (z. B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden usw.)

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?		Wer hat sie geleistet?
Datum	Uhrzeit	

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?		Wer hat sie geleistet?
Datum	Uhrzeit	

Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)
☐ ja ☐ nein

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)
☐ ja ☐ nein

Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert? In welchem Ausmaß?

☐ ja ☐ nein

Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert? In welchem Ausmaß?

☐ ja ☐ nein

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten? welche?
☐ ja ☐ nein

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten? welche?
☐ ja ☐ nein

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? welche?
☐ ja ☐ nein

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? welche?
☐ ja ☐ nein

Name und Anschrift des Krankenhauses	Art der Behandlung	von	bis
☐ ambulant			
☐ stationär			

Name und Anschrift des Krankenhauses	Art der Behandlung	von	bis
☐ ambulant			
☐ stationär			

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes