

Schadensnummer

muki versicherungsverein auf gegenseitigkeit
a-4820 bad ischl, wirerstraße 10
 tel +43 (0)5 0665 - 5200, fax dw - 4100
 dyr 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

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

DVR: 2110857

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