

Schadensnummer
----------------

## UNFALLSMELDUNG

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon)	Telefonnummer
--	---------------

### DATEN DES VERSICHERTEN

Polizzenummer	Name des Verletzten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl Ort	Telefonnummer
Derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber	

### ANGABEN ZUM UNFALL

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Unfalldatum Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall	Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse, wenn ja: welcher?
	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### ANDERE bestehende oder beantragte UNFALL-, KRANKEN- ODER LEBENSVERSICHERUNGEN

Bestehen weitere Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen bei anderen Versicherungsgesellschaften? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Versicherungsgesellschaften:	Polizzenummer:	Art (Unfall- / Kranken- / Lebensvers.):
Sind Sie Mitglied beim Alpen-, Naturfreunde oder ähnlichen Verein oder haben Sie eine Kreditkarte mit Versicherungsschutz?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   Wenn ja, geben Sie bitte den Verein und Ihre Mitgliedsnummer bzw. die Kreditkartengesellschaft und Kartenummer an:		

### UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers	Führerscheinnummer	Ausstellungstag	Gruppe
Wurde der Tatbestand polizeilich aufgenommen?		Wurde Anzeige erstattet?	
<input type="checkbox"/> ja   Adresse der Dienststelle, Postleitzahl, Ort:		<input type="checkbox"/> ja   Name des Beschuldigten:	
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
Fahrzeugdaten	Marke	Kennzeichen	Fahrstellnummer
<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Moped			
Haben Sie zum Unfallzeitpunkt einen Schutzhelm getragen bzw. einen Sicherheitsgurt angelegt? <input type="checkbox"/> Schutzhelm <input type="checkbox"/> Sicherheitsgurt <input type="checkbox"/> nein			

### ERMÄCHTIGUNG ZUR AKTENEINSICHT

An das Krankenhaus	Aufnahmezahl	Behörde	Geschäftszahl
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize 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	

### ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

IBAN:	BIC:	Kontoinhaber:
Ort, Datum	Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.	Unterschrift des Versicherten bzw. Anspruchstellers:

BITTE WENDEN!

