

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   | Fahrgestellnummer |
| <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!

