

Schadensnummer

muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

4820 Bad Ischl, Wiererstraße 10

Tel.: 05 0665 – 5200

DVR 2110857, FN 251897m, www.muki.com

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	☐ Arbeits- oder Arbeitswegunfall ☐ Freizeitunfall	Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse, wenn ja: welcher? ☐ ja ☐ nein
An welchem Ort (Adresse + Postleitzahl) und 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? ☐ ja ☐ nein		Art und Menge, Zeitraum?

ANDERE bestehende oder beantragte UNFALL-, KRANKEN- ODER LEBENSVERSICHERUNGEN

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

UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers	Führerscheinnummer	Ausstellungstag	Gruppe
Wurde der Tatbestand polizeilich aufgenommen? ☐ ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl, Ort: ☐ nein		Wurde Anzeige erstattet? ☐ ja Name des Beschuldigten: ☐ nein	
Fahrzeugdaten ☐ Pkw ☐ Motorrad ☐ ☐ Lkw ☐ Moped	Marke	Kennzeichen	Fahrgestellnummer
Haben Sie zum Unfallzeitpunkt einen Schutzhelm getragen bzw. einen Sicherheitsgurt angelegt? ☐ Schutzhelm ☐ Sicherheitsgurt ☐ nein			

ERMÄCHTIGUNG ZUR AKTENEINSICHT

An das Krankenhaus, behandelnde ÄrztInnen, Behörden und Versicherungen		
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit vollständige Akteneinsicht zu Behördenakt(e), Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(en), Versicherungspolize(n) 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!

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 und Stempel des behandelnden Arztes