

| |
|----------------|
| Schadensnummer |
|----------------|

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 | <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall | Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse welche Kasse? <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 | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl <input type="checkbox"/> nein | | Anzeige wurde erstattet <input type="checkbox"/> ja Name des Beschuldigten <input type="checkbox"/> nein | |
| Daten des Fahrzeuges <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped | | Marke | Kennzeichen Fahrgestellnummer |
| 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 EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

| | |
|---|---|
| An das Krankenhaus | Aufnahmezahl |
| Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind. | |
| Ort, Datum | Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten Unterschrift des Versicherten |

VERSICHERUNGSLEISTUNG

ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

| | | | | |
|--|-------------|--------------|--------------|-------------|
| IBAN: _____ BIC: _____ Kontoinhaber: _____ | | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">Länder-Code</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">Prüf-Ziffer</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">Bankleitzahl</td> <td style="padding: 2px 5px;">Kontonummer</td> </tr> </table> | Länder-Code | Prüf-Ziffer | Bankleitzahl | Kontonummer |
| Länder-Code | Prüf-Ziffer | Bankleitzahl | Kontonummer | |

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet. Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers: |
|------------|--|

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

DIAGNOSE

| |
|--|
| Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung |
|--|

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

| |
|--|
| 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.) |
|--|

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

| | | |
|--|---------|------------------------|
| Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? Datum | Uhrzeit | Wer hat sie geleistet? |
| Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt? | | |

URSACHE DER VERLETZUNG

| | |
|--|---|
| Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten) |
| Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | In welchem Ausmaß? |

UNFALLFOLGEN

| | |
|--|---------|
| Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | welche? |
| Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | welche? |

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------|-----|-----|
| Name und Anschrift des Krankenhauses | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär | Art der Behandlung | von | bis |
|--------------------------------------|---|--------------------|-----|-----|

| | |
|------------|--------------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift des behandelnden Arztes |
|------------|--------------------------------------|