

Ergeht an: _____

Unfallmeldung

Berater:

Vertrag
Nr.: _____

Name des Verletzten:
Titel, Vorname, Familienname _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburts-
datum: _____ Beruf:
(derzeitige Tätigkeiten) _____

Versicherungsmakler
&
gewerblicher Vermögensberater



Angaben zum Unfall

Unfalldatum: _____ An welchem Ort bzw in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall ?
Uhrzeit: _____

Verkehrsunfall: als Lenker, Führerschein Nr.: _____ Gruppe: _____, Ausstellungsbehörde: _____
 als Beifahrer: _____ Liegt Ihrer Meinung Fremdvorschulden vor ? J N

Arbeitsunfall: Freizeitunfall: _____

Ereignete sich der Unfall bei einer Sportart aus der Sie Einkommen beziehen? J N

Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder Drogen? J N

Wurde der Unfall von einer amtlichen Stelle aufgenommen (Polizei, Gericht) ? J N Von welcher? _____

Bitte schildern Sie den genauen Hergang des Unfalls (Falls dieser Platz nicht ausreicht setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!):

Ärztliche Hilfeleistung

Durch wen wurde ärztliche Hilfe geleistet? _____ Wann? _____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes : _____

Ambulante Behandlung im Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Stationäre Behandlung im Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Bitte Spitalsaufenthaltsbestätigung beilegen!

Personenbezogene Angaben

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert? _____

Wurde bei einem Sozialversicherungsträger eine Invaliditätspension beantragt? J N Bei welcher? _____

Bestehen bei anderen Gesellschaften, Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen? J N

Art: _____ Anstalt: _____

Sind Sie arbeitslos? N Wenn ja, seit wann ? _____ Sind Sie in Pension? N Wenn ja, seit wann? _____

Sind Sie tagsüber erreichbar? Tel-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Überweisung der Versicherungsleistung

Überweisung auf Girokonto lautend auf: _____

_____ Geldinstitut _____ BLZ _____ Kontonummer _____

Postanweisung (Gebühren für Postanweisungen gehen zu Lasten des Empfängers !)

Erklärung

Ich ermächtige - die Ärzte und Krankenanstalten, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse
Auskünfte zu erteilen und Krankenberichte zu überlassen, sowie
- den Versicherer, Einsicht in alle diesen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) zu nehmen.
Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.

Datum

Berater

Unterschrift des Versicherten bzw. Anspruchstellers

BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES

Bitte um ausführliche und vollständige Beantwortung der Fragen:

1. Wann haben Sie den Verletzten erstmals wegen des Unfalls behandelt?
2. Art der Verletzung (bitte möglichst genau beschreiben)
3. Ist die Verletzung unzweifelhaft unmittelbar und ausschließlich durch diesen Unfall verursacht worden?
4. Haben Umstände mitgewirkt, die zu einer Verschlimmerung der Unfallfolgen beigetragen haben? Wenn ja, welche ?
5. War der Verletzte vor dem Unfall körperlich oder geistig gebrechlich oder mit einer Erkrankung behaftet ? Wenn ja, welche?
6. Sind Ihnen frühere Unfälle bekannt ? Wenn ja, Zeitpunkt, Verletzung, welche Folgen ?
7. War der Verletzte vor diesem Unfall bereits Invalide ? Wenn ja, ----- % Grund: -----
8. Wird der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge haben ? In welchem Ausmaß ? ----- %
9. Ist die Behandlung abgeschlossen ?
10. War / Ist der Verletzte zur Behandlung in einem Krankenhaus? In welchem? -----
11. Von wann bis wann war/ist der Verletzte arbeitsunfähig ? Vollständig (100 %) von ----- bis ----- Teilweise von ----- bis ----- wieder arbeitsfähig ab: -----
12. War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt alkoholisiert ? J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Promilleangabe: -----
13. Wurde der Unfall durch eine Bewusstseinsstörung verursacht?
14. Sonstige Bemerkungen

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes