

Vertrag Nr.:	Staatsbürgerschaft:
Name des Verletzten: <small>Titel, Vorname, Familienname</small>	Geburts- datum:
Straße, Nr.:	Tel.Nr.:
PLZ, Ort:	Beruf:
Ausweis: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Personalausweis ausstellende Behörde:	Nr.: Datum:

Unfallmeldung

Zutreffendes bitte ankreuzen

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 Fremdvschulden 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, Gendarmerie, 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? J N Wenn ja, seit wann? _____ Sind Sie in Pension? J N Wenn ja, seit wann? _____

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

Überweisung der Versicherungsleistung

Überweisung auf Girokonto lautend auf _____

Geldinstitut Bankleitzahl Konto-Nummer

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, Gendarmerie, 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

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Wann haben Sie den Verletzten erstmals wegen des Unfalles 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? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N In welchem Ausmaß? _____ %
9. Ist die Behandlung abgeschlossen ? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
10. War / Ist der Verletzte zur Behandlung in einem Krankenhaus? In welchem? _____ stationär: _____ von _____ bis _____ ambulant: _____ von _____ bis _____
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 ? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N Promilleangabe: _____
13. Wurde der Unfall durch eine Bewusstseinsstörung verursacht ? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
14. Sonstige Bemerkungen

_____ Datum

_____ Unterschrift des behandelnden Arztes