

Die Unfallanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz).

Polizzenummer/ Schadennummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Polizzenummer (unbedingt angeben)	Schadennummer (wenn bekannt)
Versicherungsnehmer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Familiennamen, Vorname, Titel	Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.
	<input type="text"/>	
	Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür
Versicherte (unfallbetroffene) Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Familiennamen, Vorname, Titel	Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)	Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.
	<input type="text"/>	
	Nebenberuf oder andere entgeltliche zusätzliche Tätigkeit (z. B. Landwirt, Schi-, Tennislehrer usw.)	

Allgemeine Angaben

Zeitpunkt des Unfalls	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Uhrzeit
Ort des Unfalls (bitte genaue Angaben)	<input type="text"/>	
Beschreibung des Ereignisablaufes	<input type="text"/>	
Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen: Hat der/die Verletzte zum Unfallszeitpunkt einen Helm getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei welcher Anstalt?
Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten?	<input type="text"/>	Bitte Aktenzahl (wenn möglich)
Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? Wie viele?
Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzen-Nr.)

Führerscheindaten

(falls die verletzte Person Kfz-Lenker war)

Fahrzeuglenker	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Führerscheinnummer	Fahrzeuggruppe

Ermächtigung und Bankverbindung

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle, diesen Unfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Leistung überweisen auf Konto: IBAN* Institut: BIC*

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des/der Verletzten	Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

*Nur wenn IBAN und BIC nicht verfügbar sind, dann bitte Kto.Nr. und BLZ angeben.

Vormerk des behandelnden Arztes

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?

Datum, Uhrzeit

Wer hat sie geleistet?

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose)

Arbeitsunfähigkeit

völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit



von

bis einschließlich

teilweise Arbeitsunfähigkeit



von

bis einschließlich

War der/die Verletzte im Krankenhaus?

ja



Krankenhaus

nein

Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

ja



Welche?

möglicherweise



nein

Gesundheitliche Behinderung

(vor dem Unfall)

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z. B. alte Verletzungen oder Degeneration (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

ja



Bitte nähere Angaben

nein

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

ja



In welcher Form?

möglicherweise



nein

Berichtshonorar überweisen auf Konto: IBAN*

Institut: BIC*

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Zutreffendes bitte ankreuzen!

*Nur wenn IBAN und BIC nicht verfügbar sind, dann bitte Kto.Nr. und BLZ angeben.

Seite 2 von 2