

Unfallversicherung Unfallmeldung

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

Polizzen-Nummer(n):
(unbedingt angeben)

Schaden-Nummer(n):
(wenn bekannt)

Versicherungsnehmer:

Zuname:

Vorname:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Versicherte (unfallbetroffene) Person:

Zuname:

Vorname:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles):

Nebenberuf:

Allgemeine Angaben:

Zeitpunkt des Unfalles:

Datum:

Uhrzeit:

Ort des Unfalles (bitte genaue Angaben):

Beschreibung des Ereignisses:

nein

War das Ereignis ein Arbeitsunfall (auch Wegunfall)? ja nein
 Ist der/die Verletzte gesetzliche unfallversichert? ja => bei welcher Anstalt:
 nein
 Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten? _____
 Aktenzahl (wenn möglich) _____

Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person
 In den letzten 12 Stunden vor dem Unfall
 Alkoholische Getränke konsumiert? ja => Welche/Wieviele? _____
 nein

Ist die versicherte Person auch bei
 Anderen Gesellschaften versichert? ja => Wo? Versicherungsgesellschaft/Polizzennummer

 nein

Führerscheindaten (falls die verletzte Person KFZ-Lenker war):

Fahrzeuglenker: _____ Ausstellende Behörde: _____
 Ausstellungsdatum: _____ 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 Schadenfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Leistung überweisen auf Konto-Nr.: _____ Institut-BLZ: _____

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.

 Ort, Datum

 Unterschrift des/der Verletzten

 Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

Vermerk 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 einschl. _____

teilweise Arbeitsunfähigkeit

von _____ bis einschl. _____

War der/die Verletzte

Im Krankenhaus?

ja => Krankenhaus: _____

nein

Wie lange befand sich die/der 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 Degenerationen (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 Kto.-Nr.: _____ Institut/BLZ _____

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

MMIX Versicherungsvermittlungs GmbH

Bankverbindung: RAIKA Korneuburg

IBAN: AT493239500001203421

BIC: RLNWATWWKOR

Offenlegung gem. § 14 UGB: GmbH, Handelsgericht Wien, FN 322440 b

UID-Nr.: ATU 64747117

GISA-Zahl: 25051988

Mobile: + 43 664 152 77 95

Mail: office@mmix.at

Homepage: www.mmix.at