Schadensnummer

muki®
muki versicherungsverein auf gegenseitigkeit
a-4820 bad ischl, wirerstraße 10
tel +43 (0)5 0665 - 5200, fax dw - 4100
dvr 2110857, fn 251897m, www.muki.com

UNFALLSMELDUNG

erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon) | Telefonnummer

DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Polizzennummer | Name des Verletzten | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | Postleitzahl Ort | Telefonnummer

Derzeitige Beschäftigung | Dienstgeber

ANGABEN ZUM UNFALL

Unfalldatum | Uhrzeit | ❑ Arbeits- oder Arbeitswegunfall ❑ Freizeitunfall | Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse welche Kasse? ❑ ja ❑ 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? ❑ ja ❑ nein | Art und Menge, Zeitraum?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

ANGABEN ÜBER ANDERE bestehende oder beantragte Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen

Vertragsart | Name der Gesellschaft | Polizzennummer

UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers | Führerscheinnummer | Ausstellungstag | Gruppe

Der Tatbestand wurde von der Polizei (Gendarmerie) aufgenommen
❑ ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl
❑ nein

Anzeige wurde erstattet
❑ ja Name des Beschuldigten
❑ nein

Daten des Fahrzeuges
❑ PKW ❑ Motorrad ❑
❑ LKW ❑ Moped

Marke | Kennzeichen | Fahrgestellnummer

Haben Sie zum Unfallzeitpunkt einen Schutzhelm getragen bzw. einen Sicherheitsgurt angelegt? ❑ Schutzhelm ❑ Sicherheitsgurt ❑ nein

ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

An das Krankenhaus | Aufnahmezahl

Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolizze 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: .....
Länder-Code | Prüf-Ziffer | Bankleitzahl | Kontonummer

Ort, Datum

Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.
Unterschrift des Versicherten bzw. des Anspruchstellers:

04/2017

BITTE WENDEN!

DVR: 2110857

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?
❑ ja ❑ nein

Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)

Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert?
❑ ja ❑ nein

In welchem Ausmaß?

UNFALLFOLGEN

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten?
❑ ja ❑ nein

welche?

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?
❑ ja ❑ nein

welche?

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Name und Anschrift des Krankenhauses

Art der Behandlung
❑ ambulant
❑ stationär

von bis

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes