

Schadensnummer
----------------

## UNFALLSMELDUNG

erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon)	Telefonnummer
--	---------------

### DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte  ankreuzen

Polizzenummer	Name des Verletzten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl Ort	Telefonnummer
Derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber	

### ANGABEN ZUM UNFALL

Unfalldatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall	Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse welche Kasse? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? Art und Menge, Zeitraum? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name und Anschrift des behandelnden Arztes			

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

Vertragsart	Name der Gesellschaft	Polizzenummer
-------------	-----------------------	---------------

### UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG

Name des Lenkers	Führerscheinnummer	Ausstellungstag	Gruppe
Der Tatbestand wurde von der Polizei (Gendarmerie) aufgenommen <input type="checkbox"/> ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl <input type="checkbox"/> nein		Anzeige wurde erstattet <input type="checkbox"/> ja Name des Beschuldigten <input type="checkbox"/> nein	
Daten des Fahrzeuges <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped		Marke	Kennzeichen Fahrgestellnummer
Haben Sie zum Unfallzeitpunkt einen Schutzhelm getragen bzw. einen Sicherheitsgurt angelegt? <input type="checkbox"/> Schutzhelm <input type="checkbox"/> Sicherheitsgurt <input type="checkbox"/> 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: <span style="font-size: x-small; border-bottom: 1px dashed black; display: inline-block; width: 100px;"></span> BIC: <span style="font-size: x-small; border-bottom: 1px dashed black; display: inline-block; width: 100px;"></span> Kontoinhaber: <span style="font-size: x-small; border-bottom: 1px dashed black; display: inline-block; width: 100px;"></span>				
<table style="width: 100%; font-size: x-small; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;">Länder-Code</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;">Prüf-Ziffer</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;">Bankleitzahl</td> <td style="width: 55%; border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;">Kontonummer</td> </tr> </table>	Länder-Code	Prüf-Ziffer	Bankleitzahl	Kontonummer
Länder-Code	Prüf-Ziffer	Bankleitzahl	Kontonummer	

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

