

Unfallerberhebung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Direktwahl

Datum

Unfallhergang

1. Unfalldatum:

Zeit:

Ort:

2. Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere):

3. Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? Ja Nein

4. Wenn ja, Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung (genaue Bezeichnung mit Policen-Nr.):

5. Worin besteht das Verschulden?

6. Augenzeugen und deren Adressen:

7. Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Ja Nein

Amtsstelle:

Verletzungen

1. Art der Verletzungen (genaue Bezeichnungen, betroffene Körperteile):

2. Beginn der Behandlung:

3. Welcher Arzt/Spital hat Erste Hilfe geleistet?

4. Weiterbehandlung durch:

5. Besteht Arbeitsunfähigkeit?

Ja Nein vom

bis

ganz/teilweise

%

Andere Versicherungen

1. Sind Sie Schüler, Student, Lehrling, Arbeitnehmer, selbständig, nichterwerbstätig, Hausfrau (bitte Zutreffendes unterstreichen)?

2. Name und Adresse des Arbeitgebers:

3. Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche:

4. Wenn arbeitslos oder nicht mehr erwerbstätig (infolge Urlaub, Auslandsaufenthalt, Weiterbildung):

- Bis wann haben und bei wem haben Sie vor dem Unfall letztmals gearbeitet?

- Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche?

- Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?

- Besteht eine Abredeversicherung?

5. Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz? Ja Nein

6. Besteht eine private Unfallversicherung? Ja Nein

7. Deckung für Heilungskosten? Wie? (Im Nachgang zur Krankenversicherung?)

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

8. Haben Sie den Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet? Ja Nein

Bei welcher?

Schaden-Nr.

9. Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen?

Mit wem und wie lautet es?

Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

Bei Motorfahrzeugunfällen

Von Ihnen benütztes Fahrzeug

Kollisionsfahrzeug

Motorrad bis 50 cm³

Personenauto

Motorrad bis 50 cm³

Personenauto

Motorrad über 50 cm³

Motorrad über 50 cm³

Halter

Lenker

Kontrollschild

Haftpflichtversicherung

Insassenversicherung

Der unterzeichnende Versicherte, bzw. sein gesetzlicher Vertreter, erklärt hiermit, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er entbindet Spitäler, Ärzte, Polizei- und Gerichtsstellen, andere Leistungserbringer und Amtsstellen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer und ermächtigt diese zur Auskunftserteilung.

Wo sind Sie tagsüber am besten erreichbar: Tel./E-Mail:

Ort und Datum

Unterschrift Antragssteller / gesetzlicher Vertreter