

## 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. Gehen Sie noch einer beruflichen Tätigkeit im Angestelltenverhältnis nach?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Wenn ja, durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche:  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

---

3. Besteht eine private Unfallversicherung?

---

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

---

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

---

5. Haben Sie den Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet?

---

Bei welcher?

---

6. 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 cm<sup>3</sup>

Personenauto

Motorrad bis 50 cm<sup>3</sup>

Personenauto

Motorrad über 50 cm<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_

Motorrad über 50 cm<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_

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

---



---