

Unfall / P4

Fax-Schadenmeldung
(ggf. ärztliches Attest mitfaxen)

Sie können die Schadenmeldung auch unmittelbar an den Versicherer richten.

Versicherungsschein-Nummer		Schaden-Nummer (wird vom Innendienst ausgefüllt)	
Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort (Anschrift mit Postleitzahl)	
Versicherungsnehmer/in (Zuname, Vorname)		Geburts-Datum	Versicherte Person (Zuname, Vorname)
Geburts-Datum		Geburts-Datum	
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
PLZ	Ort	PLZ	Ort
Telefon / Telefax privat		Telefon / Telefax geschäftlich	
Telefon / Telefax geschäftlich		Telefon / Telefax privat	
Ausgeübter Beruf / Arbeitsstätte		Ausgeübter Beruf / Arbeitsstätte	
Zahlungen an Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nummer	Kontoinhaber
Unfallschilderung (bitte ausführlich schildern)			
Verletzte Körperteile / Art der Verletzung		Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit	
		von	bis
		Stationäre Behandlung	
		von	bis
Wann Erstbehandlung? Anschrift des Arztes / Krankenhauses		Krankheiten (auch frühere) / Gebrechen / frühere Unfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Wenn ja, welche und wann?	
Wann weitere Behandlung? Anschrift des Arztes / Krankenhauses			
Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ihr eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein War die verletzte Person Fahrzeuglenker? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Polizeidienststelle, Tagebuch-Nr. Weitere Unfallversicherungen (auch erloschene) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? (Gesellschaft, Anschrift, Versicherungsschein-Nummer)	
Benutztes Verkehrsmittel			
Am Unfall Beteiligte, Augenzeugen des Unfalls		<input type="checkbox"/> Unfall bei Tätigkeit im Haushalt <input type="checkbox"/> Unfall im häuslichen Bereich <input type="checkbox"/> Berufs- oder Schulunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall (von / zur Arbeitsstelle)	
Falls Ihr Vertrag Hilfs- und Pflegeleistungen oder die Familienhilfe beinhaltet: Haben Sie nach diesem Unfall Bedarf und wünschen Sie eine Beratung dazu? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Tel.: _____	
Einwilligungserklärung: Ich willige ein, dass der Versicherer alle Angaben, auch die zur Gesundheitsschädigung und zu meinem Zustand vor dem Unfall, mit eventuell beigefügten Unterlagen der Mondial Assistance Deutschland GmbH, München, zur Verfügung stellt, damit diese Hilfs- und Pflegeleistungen oder die Familienhilfe für mich organisieren kann.			
Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden werden ermächtigt, alle erforderlichen Auskünfte zu geben. Zu diesem Zwecke darf die Schadenmeldung den oben genannten Stellen zugesendet werden.			
Erklärung: Die vorstehenden Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich durch bewusst unrichtige oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz auch dann verlieren kann, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.			
Ort, Datum		Unterschrift des Versicherungsnehmers	
		Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters	

Versicherte Person (wenn nicht mit Versicherungsnehmer/in identisch)

Unfallschilderung

Sonstiges

Erklärungen