

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

Polizzenummer

Name des Verletzten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

Derzeitige Beschäftigung

Dienstgeber

ANGABEN ZUM UNFALL

Unfalldatum Uhrzeit Arbeits- oder Arbeitswegunfall Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse welche Kasse?
 Freizeitunfall 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!

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

Anzeige wurde erstattet

Ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl

Ja Name des Beschuldigten

nein

nein

Daten des Fahrzeuges

Marke

Kennzeichen

Fahrgestellnummer

PKW Motorrad

LKW Moped

Anzahl der Personen - einschließlich des Lenkers -
im versicherten Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls

ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

an Bank oder Sparkasse

Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber

an die Adresse

ACHTUNG! Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.

Ort, Datum

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

bitte wenden!

DVR: 2110857

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

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen

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.)

URSACHE DER VERLETZUNG

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)

ja nein

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

ambulant

stationär

Art der Behandlung

von

bis

BERUFSBEHINDERUNG

Darf der Verletzte das Zimmer verlassen?

ja nein

Haben Sie dem Verletzten Bettruhe verordnet?

ja nein

Wie lange müssen diese Anordnungen befolgt werden?

Dauer:

Ist der Verletzte aufgrund des Unfalls in seiner Beschäftigung behindert?

vollkommen wie lange?

teilweise wie lange?

(z.B. Erteilung von Anordnungen; Beaufsichtigungen im Beruf)

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?

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes