

MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe, 80283 München
 Herrn / Frau / Firma

Schaden-Nr.:

Unfall-Schadenanzeige **U**

Versicherungs-Nr.

BD / Agt.

Zahlung wird erbeten an:

Versicherungsnehmer versicherte Person

Bankverbindung:

Konto-Nr.: BLZ:

Kontoinhaber:

Schadenort:

Str. / Hs.-Nr.:

Telefon-Nr.:

Fax

1. a) Vor- und Nachname des Verletzten: a)
 b) Geburtsdatum / Familienstand b) ledig verwitwet verheiratet
 c) Beruf: c)
 d) Anschrift: d)

2. An welchem Tage und zu welcher Stunde hat sich der Unfall ereignet? Datum: Uhrzeit:

3. a) Wo und bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat der Versicherte den Unfall erlitten? a)
 b) Handelt es sich um einen Unfall bei Ausübung des Berufes oder auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte? b)

4. Wodurch ist der Unfall verursacht worden und wie ist sein Hergang gewesen? (Diese Frage ist so **ausführlich** zu beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt).

5. a) Welche Folgen hat der Unfall gehabt? Verletzter Körperteil? Art der Verletzung? a)
 b) Hat die Verletzung eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zur Folge gehabt? Wenn ja: inwieweit? b) nein , ja , inwieweit?
 c) Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden? c) nein , ja

6. a) Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalles angegeben werden?	a)

b) Ist der Unfall einer Polizei-Dienststelle gemeldet worden und welcher? (Anschrift)	b) nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> :

c) Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?	c) nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
d) Wenn ja, von wie viel Uhr und welche Menge?	d)
e) Wurde dem Verletzten nach dem Unfall eine Blutprobe entnommen?	e) nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
<hr/>	
7. An welchem Tage und bei welchem Arzt (Name und Anschrift) hat sich der Verletzte erstmals in Behandlung begeben?

<hr/>	
8. Welche Ärzte (Name und Anschrift) wurden wegen des Unfalls außerdem noch in Anspruch genommen?

<hr/>	
9. Welches ist nach ärztlicher Ansicht die voraussichtliche Heildauer?

<hr/>	
10. a) War der Verletzte zur Zeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet? Mit welchem?	a) nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> :

b) Welchen Arzt oder welche Ärzte hat der Versicherte in den letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen?	b)

Aus welcher Veranlassung (Krankheit oder Unfall) und wann ist dies geschehen?

<hr/>	
11. a) Hat der Verletzte schon früher einen Unfall erlitten? Wann und welcher Art?	a) nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> :

b) Erhält der Verletzte Leistungen aus der Pflegeversicherung? Oder hat der Verletzte diese beantragt?	b) nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>
c) Aus welcher Pflegestufe?	c) Pflegestufe: seit
<hr/>	
12. a) Bei welcher Gesellschaft oder bei welcher Berufsgenossenschaft ist der Verletzte noch gegen Unfall (auch Lebensversicherungen mit Unfall-Zusatz und Kfz-Unfallversicherungen) versichert (auch erloschene)?	a)

b) Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung oder Familienversicherung gehört der Verletzte an?	b)

c) Ist der Unfall der Krankenversicherung bereits gemeldet?	c) nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/>

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu beantwortet. Die Ärzte, die die verletzte Person behandeln, behandelt oder untersucht haben, sowie Versicherungsunternehmen, Versicherungsträger und Behörden werden ermächtigt, Auskünfte zu erteilen.

Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort / Datum Unterschrift verletzte Person bzw. gesetzlicher Vertreter Unterschrift des Versicherungsnehmers