

Unfall / FB Unfall Schaden

Fax-Schadenmeldung
(ggf. ärztliches Attest mitfaxen)

Sie können die Schadenmeldung auch
unmittelbar an den Versicherer richten.

Versicherungsscheinnummer		Schadenummer (wird vom Innendienst ausgefüllt)	
Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort (Anschrift mit Postleitzahl)	
Versicherungsnehmer/in (Zuname, Vorname)		Geburtsdatum	Versicherte Person (Zuname, Vorname)
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
PLZ	Ort	PLZ	Ort
Telefon/Telefax privat	Telefon/Telefax geschäftlich	Telefon/Telefax privat	Telefon/Telefax geschäftlich
Ausgeübter Beruf/Arbeitsstätte		Ausgeübter Beruf/Arbeitsstätte	
Zahlungen an Geldinstitut		Bankleitzahl	Konto-Nummer
Kontoinhaber		Kontoinhaber	
Unfallschilderung (bitte ausführlich schildern)			
Verletzte Körperteile/Art der Verletzung		Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von _____ bis _____	
Gesundheitsschädigung		Stationäre Behandlung von _____ bis _____	
Wann Erstbehandlung? Anschrift des Arztes/Krankenhauses		Krankheiten (auch frühere)/Gebrechen/frühere Unfälle Wenn ja, welche und wann? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gesundheitsschädigung			
Wann weitere Behandlung? Anschrift des Arztes/Krankenhauses			
Sonstiges		Polizeidienststelle, Tagebuch-Nr.	
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
Benutztes Verkehrsmittel		Weitere Unfallversicherungen (auch erloschene) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? (Gesellschaft, Anschrift, Versicherungsscheinnummer)	
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 <input type="checkbox"/> (von/zur Arbeitsstelle)	
Falls Ihr Vertrag Hilfsleistungen bzw. die Familienhilfe beinhaltet: Haben Sie nach diesem Unfall Bedarf und wünschen Sie eine Beratung dazu?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Tel.: _____	
Erklärungen		Erklärungen	
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 Hilfsleistungen bzw. die Familienhilfe für mich organisieren kann.		(0/18) 40.3.10	
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.		PU---420120	
Ort, Datum		Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters