

Unfall / FB Unfall Schaden

Fax-Schadenmeldung
(ggf. ärztliches Attest mitfaxen)

**Sie können die Schadenmeldung auch
unmittelbar an den Versicherer richten.**

Versicherungsscheinnummer		Schadennummer (wird vom Innendienst ausgefüllt)	
Unfalltag		Uhrzeit	
Unfallort (Anschrift mit Postleitzahl)			
Versicherungsnehmer/in (Zuname, Vorname)		Geburtsdatum	
Versicherte Person (Zuname, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefon / Telefax privat		Telefon / Telefax geschäftlich	
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		Krankheiten (auch frühere) / Gebrechen / frühere Unfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche und wann?	
Wann Erstbehandlung? Anschrift des Arztes / Krankenhauses		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, Versicherungsscheinnummer)	
Benutztes Verkehrsmittel		<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)	
Am Unfall Beteiligte, Augenzeugen des Unfalls 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.: _____	
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.			
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

Gesundheitsschädigung

Sonstiges

Erklärungen