

## Unfallerberhebung

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Versicherungsnummer

---

Ansprechpartner

---

Direktwahl

---

Datum

---

### Unfallhergang

1. Unfalldatum:

Zeit:

Ort:

---

2. Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere):

---



---



---

3. Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall?  Ja  Nein

---

4. Wenn ja, Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung (genaue Bezeichnung mit Policen-Nr.):

---



---

5. Worin besteht das Verschulden?

---



---

6. Augenzeugen und deren Adressen:

---



---

7. Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Ja  Nein

Amtsstelle:

---

### Verletzungen

1. Art der Verletzungen (genaue Bezeichnungen, betroffene Körperteile):

---



---

2. Beginn der Behandlung:

---

3. Welcher Arzt/Spital hat Erste Hilfe geleistet?

---

4. Weiterbehandlung durch:

---

5. Besteht Arbeitsunfähigkeit?

Ja  Nein vom

bis

ganz/teilweise

%

---

### Andere Versicherungen

1. Besteht eine private Unfallversicherung?

Ja  Nein

---

2. Deckung für Heilungskosten? Wie? (Im Nachgang zur Krankenversicherung?)

---

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

---

3. Haben Sie den Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet?

Ja  Nein

---

Bei welcher?

Schaden-Nr.

---

4. Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen?

---

---

Mit wem und wie lautet es?

---

Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

Bei Motorfahrzeugunfällen

Von Ihnen benütztes Fahrzeug

Kollisionsfahrzeug

Motorrad bis 50 cm<sup>3</sup>

Personenauto

Motorrad bis 50 cm<sup>3</sup>

Personenauto

Motorrad über 50 cm<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_

Motorrad über 50 cm<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_

Halter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lenker

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontrollschild

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Insassenversicherung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der unterzeichnende Versicherte, bzw. sein gesetzlicher Vertreter, erklärt hiermit, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er entbindet Spitäler, Ärzte, Polizei- und Gerichtsstellen, andere Leistungserbringer und Amtsstellen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer und ermächtigt diese zur Auskunftserteilung.

Wo sind Sie tagsüber am besten erreichbar: Tel./E-Mail:

---

Ort und Datum

Unterschrift Antragssteller / gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_