

ý Fax-Schadenmeldung (Seitenzahl inkl. dieser ____)
(ggf. ärztliches Attest mitfaxen)

Sie können die Schadenmeldung auch unmittelbar an den Versicherer richten.

Versicherungsschein-Nr. _____ 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 _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ privat _____ geschäftlich _____ Telefon _____ privat _____ geschäftlich _____

Erreichbar von/bis _____ Uhr _____ Uhr _____ Erreichbar von/bis _____ Uhr _____

Fax _____ Fax _____

Ausgeübter Beruf / Arbeitsstätte _____ Ausgeübter Beruf / Arbeitsstätte _____

Zahlung an Geldinstitut _____ Bankleitzahl _____ Konto-Nummer _____ Kontoinhaber _____

Unfallschilderung (bitte ausführlich schildern) _____

Verletzte Körperteile / Art der Verletzung _____

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit
von _____ bis _____

Stationäre Behandlung
von _____ bis _____

Wann Erstbehandlung? Anschrift des Arztes / Krankenhauses _____
Krankheiten (auch frühere) / Gebrechen / frühere Unfälle ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____

Wann weitere Behandlung? Anschrift des Arztes / Krankenhauses _____

Hatte die verletzte Person in den letzten 12 _____
Stunden _____
Polizeidienststelle, Tagebuch-Nr. _____

vor dem Unfall alkoholische Getränke, _____
Medikamente _____

oder Rauschmittel zu sich genommen? ja nein Weitere Unfallversicherungen (auch erloschene) ja nein

Wurde ihr eine Blutprobe entnommen? ja nein Wenn ja, welche? (Gesellschaft, Anschrift, Versicherungsschein-Nummer) _____

War die verletzte Person Fahrzeuglenker ja nein

War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis? ja nein _____

Verkehrsteilnehmer als _____

Unfall bei Tätigkeit im Haushalt Unfall im häuslichen Bereich

Am Unfall Beteiligte, Augenzeugen des Unfalls _____

Berufs- oder Schulunfall Wegeunfall

sonstiger Unfall (von / zur Arbeitsstelle)

Falls Ihr Vertrag Hilfs- und Pflegeleistungen oder die Familienhilfe beinhaltet:
Haben Sie nach diesem Unfall Bedarf und wünschen Sie eine Beratung dazu? ja 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 Hilfs- und Pflegeleistungen und ggf. 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** _____
