

## Unfallerberhebung

---

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Ansprechpartner

Direktwahl

Datum

Wir beziehen uns auf

Um unsere Leistungspflicht prüfen zu können, bitten wir Sie, die aufgeführten Fragen vollständig und genau zu beantworten (keine Striche!) und uns die Unfallerberhebung (inkl. Rechnungen) umgehend wieder zuzusenden. Bei Leistungspflicht Dritter ist die KLuG Krankenversicherung erst in zweiter Linie leistungspflichtig.

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen im Voraus.

Freundliche Grüsse

KLuG Krankenversicherung

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. Gehen Sie noch einer beruflichen Tätigkeit im Angestelltenverhältnis nach?  Ja  Nein

Wenn ja, durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche:

2. Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz?  Ja  Nein

3. Besteht eine private Unfallversicherung?  Ja  Nein

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

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

5. Haben Sie den Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet?  Ja  Nein

Bei welcher?

Schaden-Nr.

6. 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>  Personauto

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

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