

Anzeige eines körperlichen Unfalls (außer für Arbeitsunfälle)

Betrifft Policennummer

.....

Versicherungsnehmer	Versicherungsbüro	Nummer
Name (für eine Einrichtung: Bezeichnung) und Adresse	Name und Adresse (oder Stempel)	..... Telefon
.....
.....	.....	Aktennummer
.....

Unfallopfer	Geburtsdatum		
Name, Vorname	.....	
.....	PLZ	Teilgemeinde	Gemeinde
Straße und Nummer	.....	.....	.....

Bezahlung auf Konto

IBAN :

BIC : auf den Namen von

Verwandschaft mit dem Versicherungsnehmer

<input type="checkbox"/> Versicherter	<input type="checkbox"/> Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> der Krankenkasse angeschlossen für
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Enkelkind		<input type="checkbox"/> große Risiken <input type="checkbox"/> alle Risiken <input type="checkbox"/> Tagesentschädigung
<input type="checkbox"/> anderer Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> Dritter		Beruf

Nur für Minderjährige: Name des Vaters (der Mutter oder des Vormunds):

Nur für Schulen, Jugend- und Sportvereinigungen:
Kann die Leitung eventuell haftbar gemacht werden? nein ja (Wenn ja, füllen Sie das Formular "Meldung eines Unfalls mit Dritten" aus.)

Nur für Jugend- und Sportvereinigungen:
Ereignete der Unfall sich auf dem Hin- oder Rückweg der Aktivität? nein ja
Name der Vereinigung Mitgliednummer des Opfers

Nur für Betriebs-, Landwirtschafts- und Industriepolicen:
 Das Opfer ist ein unbesoldetes einwohnendes Familienmitglied.
Wenn ja Das Opfer ist berufstätig. Das Opfer hat ein Ersatzinkommen.
 Das Opfer arbeitet ganztätig im Haushalt.
 Das Opfer ist ein unbesoldeter zeitweiliger Helfer.

Nur für Familienpolice Privatleben und Wohnungspolice: Art des Unfalls
 Verkehrsunfall Sportunfall anderer Unfall

Nur für Verkehrsunfälle: Eigenschaft des Opfers
 Fahrer des versicherten Fahrzeugs schwacher Verkehrsteilnehmer im Sinne von Artikel 29 bis Fahrer eines Motorrads
 Fahrer eines gleichartigen Fahrzeugs anderer schwacher Verkehrsteilnehmer Fahrer eines Mopeds oder Mofas

Unfall	Tag	Datum	Uhrzeit
Ort	.....	.....	.....
polizeil. aufgenommen. Protokollnummer	Datum	aufgenommen von	
.....	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....

genaue Beschreibung der Ursache und der Umstände:

Nur bei Verkehrsunfall ausfüllen: Trug das Opfer
- den Sicherheitsgurt? ja nein
- einen Helm? ja nein

Haftpflicht	Versicherungsgesellschaft
eventuell haftbarer Dritter – Name und Adresse	.....
.....	Nummer der betreffenden Haftpflicht-Police
.....

Aufgestellt am

der Anzeiger,	der Vermittler,
.....

Ärztliche Bescheinigung

Arzt Name und Adresse (oder Stempel)	Opfer Name
.....
.....	Unfalldatum
.....

1. Art der Verletzungen

.....

2. War das Opfer bereits mit Verletzungen oder Krankheiten behaftet, die den Fall verschlimmern haben? ja nein

Welche?

Seit wann?

3. Wann ist der Arzt zum ersten Mal herbeigeholt worden? Datum

Name und Wohnort dieses Arztes

4. Das Opfer ist:

vollständig arbeitsunfähig Beginndatum vermutliches Enddatum

teilweise arbeitsunfähig

..... % Beginndatum vermutliches Enddatum

..... % vermutliches Beginndatum vermutliches Enddatum

imstande, seine normale Arbeit weiter zu verrichten.

5. Wo wird das Opfer weiterhin behandelt werden?

Name und Wohnort dieses Arztes

Wichtig: Die Zustimmung der Krankenkasse für die physiotherapeutische Behandlung muss beantragt werden unter Angabe a) der Art der Leistungen, b) der Anzahl Leistungen, c) der Stelle, d) der vermutlichen Dauer und e) der medizinischen Gründe dieser Behandlung.

Wenn das Opfer die Leistungen der Krankenkasse nicht in Anspruch nehmen kann, ist die Anfrage an KBC Versicherungen zu richten.

6. Sind für die Zukunft schlimme Folgen zu befürchten? ja nein

Welcher Art würden diese sein? (z.B. Tod, dauernde Arbeitsunfähigkeit usw.)

.....

Aufgestellt am

der Arzt, (Unterschrift)