

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)	
<b>Versicherungsnehmer / in (Zuname, Vorname)</b>		<b>Versicherte Person (Zuname, Vorname)</b>	
Geburtsdatum		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	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Wenn ja, welche und wann?		

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="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wurde ihr eine Blutprobe entnommen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein War die verletzte Person Fahrzeuglenker? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Polizeidienststelle, Tagebuch-Nr. _____ Weitere Unfallversicherungen (auch erloschene) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche? (Gesellschaft, Anschrift, Versicherungsschein-Nummer) _____
Verkehrsteilnehmer als	<input type="radio"/> Unfall bei Tätigkeit im Haushalt <input type="radio"/> Unfall im häuslichen Bereich <input type="radio"/> Berufs- oder Schulunfall <input type="radio"/> Wegeunfall (von / zur Arbeitsstelle) <input type="radio"/> sonstiger Unfall
Am Unfall Beteiligte, Augenzeugen des Unfalls	

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.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift des Versicherungsnehmers</b>	<b>Unterschrift der verletzten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters</b>
_____	_____	_____