

An die

Wüstenrot Versicherungs-AG

Alpenstraße 70

5020 Salzburg

Unfallmeldung

Vertragsnummer:		
Leistungsnummer:		
Name des Verletzten: Titel	Vorname	
Familienname		
Straße		Hausnr. Stiege/Stock/Tür
Land	PLZ	Ort
Geburtsdatum:		Beruf: (derzeitige Tätigkeiten)
Tel-Nr.:		E-Mail-Adresse:

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen

Unfalldatum: _____	An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?		
Uhrzeit: _____			
☐ Verkehrsunfall:	☐ als Lenker, Führerschein Nr.: _____	Gruppe: _____	Ausstellende Behörde: _____
	☐ als Beifahrer	Liegt Ihrer Meinung Fremdverschulden vor?	ja nein ☐ J ☐ N
☐ Arbeitsunfall:	☐ Freizeitunfall		☐ J ☐ N
Ereignete sich der Unfall bei einer Sportart aus der Sie Einkommen beziehen?			☐ J ☐ N
Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder Drogen?			☐ J ☐ N
Ereignete sich der Unfall im Rahmen des versicherten Sportpaketes?			☐ J ☐ N
Wurde der Unfall von einer amtlichen Stelle aufgenommen (Polizei, Gericht)?			☐ J ☐ N Von welcher? _____

Bitte schildern Sie den genauen Hergang des Unfalls (Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!):

Durch wen wurde erstmals ärztliche Hilfe geleistet? _____	Wann? _____
Name und Anschrift des behandelnden Arztes: _____	
Ambulante Behandlung im Krankenhaus: _____	von _____ bis _____
Stationäre Behandlung im Krankenhaus: _____	von _____ bis _____

Unfallbedingter Krankenstand: _____	von _____ bis _____
Arbeitsunfähigkeit (infolge unfallbedingten Krankenstandes): _____	von _____ bis _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert? _____	ja nein ☐ J ☐ N	Von welcher? _____
Wurde bei einem Sozialversicherungsträger eine Invaliditätspension beantragt?	☐ J ☐ N	
Bestehen bei anderen Gesellschaften, Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen, Reiseversicherungen oder Kreditkarten mit Versicherungsschutz?	☐ J ☐ N	
Art: _____	Anstalt: _____	

☐ Überweisung der Versicherungsleistung auf Girokonto lautend auf _____
IBAN _____ BIC _____ Geburtsdatum _____

Bitte in Kopie beilegen (wenn vorhanden): medizinische Behandlungsunterlagen (z.B.: Ambulanzkarte, Arztbrief, Entlassungsbefunde, Krankenhausaufenthaltsbestätigung, etc.)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben zum Versicherungsfall.

Datum

Berater

Unterschrift des Versicherten bzw. Anspruchstellers