



Versicherungen

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben mit den angeforderten Belegen zurück an:

ACM Versicherungen
Schutz Leistungsservice
Postfach 17 11
77607 Offenburg

Zur Leistungsprüfung reichen Sie uns bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

- das polizeiliche Aktenzeichen und/oder den Unfallbericht, wenn der Unfall polizeilich aufgenommen wurde
- das Arztschreiben und/oder den Krankenhausbericht mit Angabe der Diagnose
- den Krankenhausentlassungsbericht
- die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und/oder die Bestätigung der Krankenkasse

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



Versicherungen

FRAGEBOGEN UNFALLVERSICHERUNG

Name des Versicherte Person: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Kontakt E-Mail oder Tel.: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

Beruf: _____

Berufsstatus: selbstständig/freiberuflich
 angestellt
 z.Zt arbeitslos

1. Fragen zum Unfallgeschehen (zutreffendes bitte eintragen und Nachweise beilegen)

Unfall Datum: ____ . ____ .20 ____ Uhrzeit: _____

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Adresse)?

Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang möglichst ausführlich:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Ja Nein

Wurden staatsanwaltschaftliche Ermittlungen aufgenommen? Ja Nein

2. Vorgeschichte vor dem Unfallereignis: (zutreffendes bitte eintragen und Nachweise beilegen)

Gab es gesundheitliche Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder lagen bereits Verletzungen vor?

Ja, und zwar _____ Nein

Pflegebedürftigkeit: Ja, seit ____ . ____ .20 ____ Nein Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Schwerbehinderung: Ja, seit ____ . ____ .20 ____ Nein Merkzeichen gemäß Ausweis: B G H

3. Es handelt sich bei dem Unfall um einen:

- privaten Freizeitunfall Sportunfall Arbeitsunfall Wegeunfall (Arbeit, Schule)
 Medizinischer Unfall Schulunfall Verkehrsunfall (z.B.: Auto- oder Fahrradunfall)
 Sonstiges: _____

Unfall durch Fremdverschulden: Ja Nein

4. Ihre Kontaktdaten

(Bitte nur ausfüllen falls Meldung durch andere Person als die versicherte Person erfolgt):

Vor- und Nachname: _____

Adresse:

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

5. Kontaktdaten des Unfallverursachers

Vor- und Nachname: _____

Adresse:

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

6. Angaben zur Behandlung im Krankenhaus

Erfolgte eine ambulante oder stationäre Behandlung in einem Krankenhaus?

- Ja Nein

Name des Krankenhauses: _____

Adresse:

Name des behandelnden Arztes: _____

Dauer des Krankenhausaufenthalts: von ____ . ____ .20 ____ bis ____ . ____ .20 ____

7. Zusätzliche Angaben

Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall bewusstseinsweiternde Mittel konsumiert?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Alkohol Medikamente Drogen

Sonstiges: _____

Ich bestätige, dass ich die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen bzw. ich bereits erhaltene Versicherungsleistungen zurückzahlen muss.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Verletzten oder
der bevollmächtigten Person