

Unfall-Anzeige

Datum der Abgabe: _____
Vom Mitglied bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen

Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche!) und uns die Unfall-Anzeige umgehend zuzustellen. Bei Leistungspflicht Dritter ist die Krankenversicherung erst in zweiter Linie leistungspflichtig.

Verunfallte Person

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Name und Adresse des Arbeitgebers: _____

Arbeitszeit: _____ Tage je Woche _____ Stunden je Woche

Wenn arbeitslos:

Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet? _____

Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche? weniger als 8 Stunden 8 Stunden und mehr

Bezogen Sie seit her Taggeld der Arbeitslosenversicherung? ja, vom _____ bis _____

nein

Unfallhergang

Unfalldatum: _____ Zeit: _____ Ort: _____

Genaue Beschreibung des Unfallhergangs: _____

Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall: ja nein

Name und Adresse derselben: _____

Name/Adresse deren Haftpflichtversicherung: _____

Zeugen: _____

Wurde ein Polizeirapport erstellt? (Wenn ja – Kopie beilegen) ja nein Von welcher Amtsstelle? _____

Bei Sportunfall Name des Vereins: _____

Verletzung

Art der Verletzungen
(genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.): _____

Behandlungsbeginn: _____

Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt: _____ Weiterbehandlung durch: _____

Sind Sie arbeitsunfähig: ja nein _____ % ab: _____

Bitte wenden →

Andere Versicherungen

Durch welcher der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang? Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. Besteht keine Unfallversicherung, ist in jedem Fall «nein» anzukreuzen.

Versicherung	Versicherungsträger	Heilungskostendeckung z.B. voll oder in Ergänzung zur KK	Sind Sie gegen Lohnausfall versichert?
Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zusatz-/Ergänzungsversicherung zur oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Private Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erhalten Sie eine Rente der eidg. Invalidenversicherung, der SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Halter (Eigentümer): Name, Adresse, Telefonnummer:		
Lenker: Name, Adresse, Telefonnummer:		
Haftpflichtversicherung:		
Insassenversicherung:		

Der/die Unterzeichnete erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtigt die Krankenversicherung zur Einsichtnahme sämtlicher, den Unfall betreffenden Akten (z.B. medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV und des privaten Unfallversicherereres).

Datum: _____ Unterschrift: _____