



Unfallanzeige

(vom Mitglied bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

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

Datum der Abgabe:

1. Verletzte Person

Name _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____
Tel. Privat _____
Tel. Geschäft _____

Beruf _____

Teilzeit Job _____

Name und Adresse des Arbeitgebers

Wenn arbeitslos
Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet?

Arbeitszeit _____ Tage je Woche

Stunden je Woche _____

Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche?

weniger als 8 Std. 8 Std. und mehr

Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?

ja, vom _____ bis _____
 nein

2. Unfallhergang

Unfalldatum _____ Zeit _____ Ort _____

Genaue Beschreibung des Unfallhergangs

Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? ja nein

Name, Adresse und Telefonnummer derselben

Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung _____

Zeugen _____

Wurde ein Polizeirapport erstellt? (wenn ja, bitte Kopie beilegen) ja nein

Bei Sportunfall Name des Vereins

3. Verletzungen

Art der Verletzung (genaue Bezeichnung, Körperteil usw.)

Behandlungsbeginn _____

Erstbehandelnder Arzt _____

Weiterbehandlung durch _____

Sind Sie arbeitsunfähig? ja nein

100% ab _____

% ab _____



Unfallanzeige

4. Andere Versicherungen

Durch welche der nachfolgend 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 Krankenkasse	Sind Sie gegen Lohnausfall versichert?
Oblig. Unfallvers. des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Zusatz-/Ergänzungsvers. zur oblig. Unfallvers. des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Privat Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Schulunfallversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Andere Versicherungen <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. IV-Vers., der SUVA, UVG, MV od. Privatversicherers. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

Art (z.B. Velo, Mofa, Auto) und Polizeinummer		
	von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Halter (Eigentümer) Name, Adresse, Tel.		
Lenker Name, Adresse, Tel.		
Haftpflichtversicherung		
Insassenversicherung		

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

Datum

Unterschrift