

Unfall-Anzeige

(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 und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft _____

Beruf: _____

Teilzeit Job: _____

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 Std.

8 Std. und mehr

Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenvers? _____

ja, vom

bis _____

nein

2. Unfallhergang

Unfalldatum _____

Zeit _____

Ort _____

Genauere 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

- Wenn ja, von welcher Amtsstelle? _____

Bei Sportunfall Name des Vereins: _____

3. Verletzungen

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

Behandlungsbeginn: _____

Erstbehandelnder Arzt: _____

Weiterbehandlung durch: _____

Sind Sie arbeitsunfähig? _____

Ja

Nein

100% ab _____

% ab _____

- bitte wenden -

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 Kk	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 Unfallvers. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Schulunfallvers. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Andere Vers. <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 oder Privatvers.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

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

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