

Unfallanzeige

Kundennummer:

Kontaktperson:

Betreffend:

1. Telefon Privat/Geschäft	Beruf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2. Selbstständig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden <input type="checkbox"/> 8 und mehr Stunden <input type="checkbox"/> weniger als 8 Stunden	
3. a Adresse des Arbeitgebers (wenn arbeitslos, letzten Arbeitgeber eintragen*) <input type="text"/>		
3. b *Datum des letzten Anstellungstages <input type="text"/>	Beziehen Sie Leistungen der Arbeitslosenkasse? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, warum nicht? <input type="text"/>	
4. Unfalldatum	Unfallzeit	Unfallort (genaue Bezeichnung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Der Unfall ereignete sich: <input type="checkbox"/> auf dem Arbeits-/Schulweg <input type="checkbox"/> bei der Arbeit/ in der Schule <input type="checkbox"/> ausserhalb der Arbeit/Schule		
6. Unfallhergang (Ausführliche Beschreibung, Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen etc. Eventuell separates Blatt benutzen.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
7. Art der Verletzung(en)	Betroffene Körperteile (links/rechts)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8. Sind Sie arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ab wann? <input type="text"/> Grad der Arbeitsunfähigkeit <input type="text"/> %		
9. Erstbehandelnder Arzt/Spital/Klinik (Adresse)		Nachbehandelnder Arzt/Spital/Klinik (Adresse)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
10. Wenn der Unfall durch einen Dritten oder durch Fremdeinwirkung verursacht wurde, bitte Namen, Adresse und Haftpflichtversicherung des Dritten oder die Art der Fremdeinwirkung angeben: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
11. Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, durch wen? <input type="text"/>		Gibt es Zeugen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Namen und Adresse angeben. <input type="text"/>
12. Ist die verunfallte Person noch anderweitig versichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bei wem und für welche Leistungen? <input type="checkbox"/> bei der obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers Name/Adresse: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> bei einer privaten Versicherungsgesellschaft Name/Adresse: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> bei einer anderen Krankenversicherung Name/Adresse: <input type="text"/> Für welche Leistungen: <input type="checkbox"/> Heilungskosten: <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Lohnausfall: <input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Fr./Tag <input type="checkbox"/> <input type="text"/> % des Lohnes		
12. Ereignete sich der Unfall mit einem Motorfahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> Lenker/Lenkerin eines eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Lenker/Lenkerin eines fremden Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Mitfahrer/Mitfahrerin Kontrollschildnummer: <input type="text"/> Besteht eine Insassenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? <input type="text"/>		

Die versicherte Person ermächtigt den Versicherungsträger zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten sowie die Akten von Sozial- und Privatversicherer. Die versicherte Person ist ferner damit einverstanden, dass der Versicherungsträger die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters