

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.

## 1. Verletzte Person

männlich  weiblich

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Teilzeitjob: \_\_\_\_\_

Name + Adresse Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Tage je Woche \_\_\_\_\_ Stunden je Woche

Wenn arbeitslos, seit \_\_\_\_\_

wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet? \_\_\_\_\_

Ø - Arbeitszeit pro Woche:  weniger als 8 Std.  8 Std. und mehr

Bezogen Sie seither Taggeld der ALV?  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nein

## 2. Unfallhergang

Unfalldatum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Genaue Beschreibung des Unfallhergangs: \_\_\_\_\_

Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall?  Ja  Nein

Wenn ja, Name + Adresse + Telefonnummer \_\_\_\_\_

Name und Adresse von der \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung der Drittperson: \_\_\_\_\_

Zeugen: \_\_\_\_\_

Wurde ein Polizeirapport erstellt?  Ja  Nein (wenn ja, bitte Kopie beilegen) Von welcher Amtsstelle? \_\_\_\_\_

Bei Sportunfall Name des Vereins: \_\_\_\_\_

## 3. Verletzungen

Ar der Verletzung (genaue Bezeichnung, Körperteil usw.) \_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_

Erstbehandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Weiterbehandlung durch: \_\_\_\_\_

Sind Sie arbeitsunfähig?  Ja  Nein 100 % ab \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

#### 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 od. in Ergänz. zu 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			
Private Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Schulunfallversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Andere Versicherung <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.		
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