

Unfallanzeige

Versicherte Person:

Name, Vorname	<input type="text"/>	Kunden-Nr.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	P <input type="text"/> G <input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		

Sind Sie selbstständig? ja nein

Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden: 8 und mehr Stunden weniger als 8 Stunden

Sind Sie arbeitslos? ja nein

Adresse des Arbeitgebers:
(wenn arbeitslos, letzten Arbeitgeber eintragen)

Datum des letzten Anstellungstages:

Beziehen Sie Leistungen der Arbeitslosenkasse? ja nein

Wenn nein, warum nicht?

Unfalldatum:

Unfallzeit:

Unfallort (genaue Bezeichnung):

Der Unfall ereignete sich: auf dem Arbeits-/Schulweg
 bei der Arbeit/in der Schule
 ausserhalb der Arbeit/Schule

Unfallhergang:
(ausführliche Beschreibung, Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen etc.)

Art der Verletzung(en):

Betroffene Körperteile (links/rechts):

Sind Sie arbeitsunfähig? ja nein

Wenn ja, ab wann?

Grad der Arbeitsunfähigkeit in %

Erstbehandelnder Arzt/Spital/Klinik:

Name, Vorname:

Adresse, PLZ Ort:

Nachbehandelnder Arzt/Spital/Klinik:

Name, Vorname:

Adresse, PLZ Ort:

Wenn der Unfall durch einen Dritten oder durch Fremdeinwirkung verursacht wurde:

Name, Adresse des Dritten:

Haftpflichtversicherung des Dritten:

Art der Fremdeinwirkung:

Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden? ja nein

Name, Vorname (Polizist/in)

Gibt es Zeugen? ja nein

1. Name, Vorname:

Adresse, PLZ Ort:

2. Name, Vorname:

Adresse, PLZ Ort:

Ist die verunfallte Person noch anderweitig versichert? ja nein

bei der obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers > Tabelle A ausfüllen

bei einer privaten Versicherungsgesellschaft > Tabelle B ausfüllen

bei einer anderen Krankenversicherung > Tabelle C ausfüllen

Heilungskosten: allgemeine Spitalabteilung halbprivate Spitalabteilung private Spitalabteilung in Ergänzung zur Krankenversicherung

Lohnausfall: UVG andere CHF/Tag % des Lohnes

A

Name, Vorname:

Adresse, PLZ Ort:

Heilungskosten: allgemeine Spitalabteilung halbprivate Spitalabteilung private Spitalabteilung in Ergänzung zur Krankenversicherung

Lohnausfall: UVG andere CHF/Tag % des Lohnes

B

Name, Vorname:

Adresse, PLZ Ort:

Heilungskosten: allgemeine Spitalabteilung halbprivate Spitalabteilung private Spitalabteilung in Ergänzung zur Krankenversicherung

Lohnausfall: UVG andere CHF/Tag % des Lohnes

C

Name, Vorname:

Adresse, PLZ Ort:

Ereignete sich der Unfall mit einem Motorfahrzeug? ja nein

Lenker/Lenkerin eines eigenen Fahrzeuges

Lenker/Lenkerin eines fremden Fahrzeuges

Mitfahrer/Mitfahrerinnen

Kontrollschildnummer:

Kontrollschildnummer:

Kontrollschildnummer:

Besteht eine Insassenversicherung? ja nein

Wurde ein Leistungsfall angemeldet? ja nein

Name, Vorname:

Adresse, PLZ Ort:

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 bzw. des gesetzlichen Vertreters, Vormundes, der Vormundschaftsbehörde