

Unfallanzeige

(vom Mitglied bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

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

1. Verletzte Person

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Beruf: _____

Name und Adresse
des Arbeitgebers: _____

Arbeitszeit: Tage pro Woche: _____ Stunden pro Woche: _____

Wenn arbeitslos:
Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet? _____

Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche? weniger als 8 Std. 8 Std. & 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, Telefonnummer Drittpersonen: _____

Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung: _____

Zeugen: _____

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

Von welcher Amtsstelle wurde der Polizeirapport erstellt? _____

Bei Sportunfall, Name des Vereins: _____

3. Verletzungen

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

Behandlungsbeginn: _____

Erstbehandelnder Arzt: _____

Weiterbehandlung durch: _____

Sind Sie arbeitsunfähig? Ja 100% ab _____ Nein
_____ % 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 Feld nein – einzutragen.

Versicherung	Versicherungsträger	Heilungskostendeckung	Sind Sie gegen Lohnausfall versichert?
Oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers			
Zusatzvers. zur oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers?			
Private Unfallversicherung			
Schulunfallversicherung			
Andere Versicherung			
Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen?			
Erhalten Sie eine Rente von der IV, SUVA, UVG, MV oder einer Privatversicherung?			

5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

	von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Art (z.B. Velo, Mofa, Auto), Marke, Kontrollschilder		
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 sämtlicher, den Unfall betreffenden Akten (z.B. Medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV, und des privaten Unfallversicherers).

Ort & Datum: _____

Unterschrift: _____