



Ort & Datum:

Unfallanzeige

(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.

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?		<input type="checkbox"/> weniger als 8 Std.	<input type="checkbox"/> 8 Std. und mehr
Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?		<input type="checkbox"/> ja, vom	bis
		<input type="checkbox"/> nein	

2. Unfallhergang

Unfalldatum		Zeit	Ort
_____		_____	_____
Genauere Beschreibung des Unfallhergangs			

Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name, Adresse und Telefonnummer derselben		_____	

Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung			

Zeugen			
Wurde ein Polizeirapport erstellt? (wenn ja, bitte Kopie beilegen)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	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 _____



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 Unfallversichers).

Datum

Unterschrift