

Unfall-Anzeige

(Vom Mitglied bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

1. Verletzte Person

Datum der Abgabe: _____

Name und Vorname	
Geb.-Datum	Mitglied-Nr.
Tel.-Nr. Privat	Geschäft
Beruf	Arbeitgeber
Arbeitszeit: Anzahl Stunden pro Woche	Wenn arbeitslos, seit wann

2. Unfallhergang

2.1 Unfalldatum	Zeit	Ort
2.2 Wie ist der Unfall passiert. Bitte genau beschreiben - Örtlichkeiten, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere		
2.3 Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz/Schule? ja nein		
2.4 Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? ja nein (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen)		
2.5 Name, Adresse und Tel-Nr. derselben		
2.6 Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung (genaue Bezeichnung)		
2.7 Zeugen (Name, Adresse, Tel-Nr.)		
2.8 Wurde ein Polizeirapport erstellt? ja nein Von welcher Amtsstelle?		
2.9 Bei Sportunfall: Name des Vereins Bei Mannschaftsspielen: grobes Foul?		

3. Verletzungen

3.1 Art der Verletzungen (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn)	
3.2 Behandlungsbeginn	
3.3 Erstbehandelnder Arzt	Weiterbehandlung durch
3.4 Sind Sie arbeitsunfähig? ja nein	100% ab %

4. Andere Versicherungen

4.1 Ist die verunfallte Person anderswo gegen Unfall versichert? Z.B. SUVA, private Unfallversicherung, andere Krankenkasse, etc. Wenn ja, bitte möglichst genaue Angaben der zuständigen Stelle
--

5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
5.1 Art (z.B. Velo, Mofa, Auto) und Polizeinummer		
5.2 Halter (Eigentümer): Name, Adresse, Tel.-Nr.		
5.3 Lenker: Name, Adresse, Tel.-Nr.		
5.4 Haftpflichtversicherung		
5.5 Insassenversicherung		

Unterschriftene/r erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtigt die Krankenkasse zur Einsichtnahme in sämtliche den Unfall betreffenden Akten (z.B. medizinische Unterlagen, Akten der SUVA der MV und des privaten Unfallversicherers, amtliche Akten).

Datum:

Unterschrift des Mitgliedes bzw. des gesetzlichen Vertreters: