

## 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: \_\_\_\_\_

Genauere 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

Nein

#### 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: \_\_\_\_\_