

## Unfallmeldung KVG/VVG – Unfall-Nr.

Bitte schicken Sie uns dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet zurück, damit wir den Leistungsanspruch im Rahmen des nachstehenden Unfalls umgehend prüfen können.

### Allgemeine Angaben

Name der verletzten Person:		Kunden-Nr.:
Geburtsdatum:	Tel. privat:	Tel. Geschäft:
Unfalldatum:	Zeit:	Unfallort:
Zeugen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Falls ja, Name und Adresse:

Präzise Beschreibung des Unfallhergangs (für eine Skizze oder zusätzliche Erklärungen, nutzen Sie bitte Seite 2 dieses Dokuments):

Genauere Unfallursache:

War eine andere Person am Unfall beteiligt?  nein  ja

Falls ja, > Name und Adresse der beteiligten Person:

> Name und Adresse ihrer Haftpflichtversicherung:

> Kontrollschild Nr. des Fahrzeugs, Name des Inhabers, Haftpflichtversicherung (bei Verkehrsunfällen):

Wurde ein Polizeibericht erstellt?  nein  ja (bei welcher Polizeistelle?)

Wurde eine einvernehmliche Unfallmeldung erstellt?  nein  ja (der Unfallmeldung bitte beilegen)

Wurde eine Klage eingereicht?  nein  ja (bei wem?)

### Festgestellte Verletzungen

Verletzung (Körperteil – links/rechts – Art der Verletzung):

Erste-Hilfe-Leistungen durch Arzt, Spital, Klinik, Zahnarzt:

Weitere Behandlung bei:

Behandlung abgeschlossen?  nein  ja

Falls nein, Datum der nächsten Konsultation:

Erlitten Sie einen Zahnschaden?  nein  ja

Name und Adresse des behandelnden Zahnarztes:

Verfügen Sie über eine andere Unfallversicherung (z. B. UVG oder freiwillige UVG-Zusatzversicherung, Suva, IV,  nein  ja  
Militärversicherung, Privatversicherungen wie Schülerversicherung, Sportclub, Insassenversicherung oder anderer Krankenversicherer)?  
Falls ja, welche? (Policen-Nr., Unfall-Nr., Adresse der Versicherung)

### Tätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalls

Waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalls:  Schüler  Student  ohne berufliche Tätigkeit  arbeitslos  im Militärdienst  
 selbstständig erwerbend  Lehrling  Angestellter  Rentner  Hausfrau/-mann

> Falls Sie angestellt waren, Name und Adresse des Arbeitgebers zum Zeitpunkt des Unfalls:

Durchschnittliche Arbeitsstunden pro Woche:  weniger als 8 Stunden  8 Stunden und mehr

> Falls Sie keine berufliche Tätigkeit ausübten oder arbeitslos waren:

Wo haben Sie zum letzten Mal gearbeitet und bis wann?

Erhalten Sie für Ihre Arbeitslosigkeit eine Lohnentschädigung?  nein  ja vom: bis:

Arbeitsunfähigkeit vom: bis:

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters:

## Unfallmeldung KVG/VVG – Unfall-Nr.

### **Allgemeine Angaben**

Name der verletzten Person:

Kunden-Nr.:

Unfalldatum:

### **Zusätzliche Erklärungen und/oder Skizze des Unfalls**

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters: