

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? nein 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, Militärversicherung, Privatversicherungen wie Schulerversicherung, Sportclub, Insassenversicherung oder anderer Krankenversicherer)? nein ja

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

Wenn Sie angestellt waren, Name und Schadenfallnummer der UVG-Unfallversicherung Ihres Arbeitgebers:

(Wenn Sie den Unfall nicht Ihrem Arbeitgeber gemeldet haben, bitten wir Sie, dies zu tun und uns die Informationen zu übermitteln.)

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: _____