

# Unfallmeldung

(vom Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen)



Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche) und uns die Unfallmeldung umgehend zuzustellen. Bei Leistungspflicht Dritter ist die Krankenversicherung Flaachtal erst in zweiter Linie pflichtig.

## 1. Verletzte Person

Name und Vorname		Vers.Nr.	
Adresse, PLZ, Ort			
Geburtsdatum		Beruf	
Telefon Privat		Telefon Geschäft	
Name und Adresse des Arbeitgebers (auch bei Nebenjobs und Schnupperlehre)			
Arbeitszeit	Tage/Woche:	Std./Woche:	
Wenn nicht mehr in einem Arbeitsverhältnis stehend: Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet?			
Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?	<input type="checkbox"/> JA vom ..... bis ..... <input type="checkbox"/> NEIN		

## 2. Unfallhergang

Unfalldatum:	Zeit:	Ort:
Genauere Beschreibung des Unfallherganges (Örtlichkeiten, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)		
Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Name und Adresse derselben inkl. Telefon-Nr.		
Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung (genaue Bezeichnung mit Police-Nr.) falls bekannt		
Zeugen (Name und Adresse inkl. Telefon-Nr.)		
Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Von welcher Amtsstelle?	
Bei Mannschaftsspielen: Grober Regelverstoss?		

## 3. Verletzung

Art der Verletzung (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)	
Behandlungsbeginn	

**Fortsetzung**

Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt (Adresse):	Weiterbehandlung durch:	
Sind Sie arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	100 % ab	% ab

**4. Andere Versicherungen**

Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang? Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. Besteht keine andere Unfallversicherung, ist in jedem FELD „nein“ anzukreuzen.

VERSICHERUNG		VERSICHERUNGSTRÄGER	Heilungskosten- deckung (voll oder in Ergänzung zur Kran- kenkasse)?	Sind Sie gegen Lohn- ausfall ver-sichert? Wenn ja, in welchem Umfang?
Obligatorische Unfallver- sicherung des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Name		
		Police-Nr.		
Zusatz- /Ergänzungsversicherung zur oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Name		
		Police-Nr.		
Andere Versicherungen (z.B. Insassen-Unfall, Schulun- fall, Vereinsunfall, etc.)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Name		
		Police-Nr.		
Erhalten Sie eine Rente der Eidg. Invalidenversicherung, der SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Von welcher? .....	Seit wann? .....	
		Invalidität: ..... Prozent	Rente: CHF ...../Monat	

**5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen**

	von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Fahrzeug-Art (z.B. Velo, Mofa, Auto, Motorrad etc.) , Marke?		
Kontrollschild?		
Halter des Fahrzeugs (Eigentümer)? Name, Adresse, Telefonnummer		
Lenker des Fahrzeugs? Name, Adresse, Telefonnummer		
Haftpflichtversicherung (sofern be- kannt)? Name der Versicherung		

**Bemerkungen**

--

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

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes bzw. gesetzlichen Vertreters