

Unfall-Anzeige

Bitte innert 5 Tagen zurücksenden

Abgabe: (Internet)

Beilagen: _____

Versicherter	Name und Vorname _____	Strasse _____
	Kunden-Nummer _____	PLZ/Wohnort _____
	Telefon P _____	Telefon G _____
	Beruf _____	Geburtsdatum _____
	selbständig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden <input type="checkbox"/> mehr als 8 h <input type="checkbox"/> weniger als 8 h
	Adresse des Arbeitgebers (wenn arbeitslos, letzter Arbeitgeber eintragen*)	

* Datum des letzten Anstellungstages

Beziehen Sie Leistungen der Arbeitslosenkasse Ja Nein
Wenn Nein, warum nicht? _____

Datum und Beschreibung des Unfalls

Unfalldatum Tag / Monat / Jahr / Zeit (Stunden/Minuten)

Unfallort (genaue Bezeichnung)

Ereignete sich der Unfall auf dem Arbeits-/Schulweg bei der Arbeit/in der Schule ausserhalb der Arbeit/Schule
 Ausführliche Beschreibung des Unfalls
 (Tätigkeit zur Zeit des Unfalls, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wenn der Unfall durch einen Dritten/Fremdeinwirkung verursacht wurde, Name und Adresse des Dritten oder
 Art der Fremdeinwirkung:

Verletzung	Art der Schädigung _____	Betroffene(r) Körperteil(e) (links/rechts) _____
-------------------	--------------------------	--

Abklärung	Gibt es Zeugen des Unfalles <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn Ja, Name und Adresse des Zeugen _____
	Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von welcher Amtsstelle? _____

Arbeitsunfähigkeit	Sind Sie arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn Ja, ab wann? _____
		Arbeitsunfähigkeitsgrad _____%

Behandlung	Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt/Spital/Klinik (Name und Adresse) _____	Nachbehandelnder Arzt/Zahnarzt/Spital/Klinik (Name und Adresse) _____
-------------------	---	---

Andere Versicherungen	Ist der Verunfallte noch anderweitig gegen Unfall versichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn Ja, bei wem und für was? (Bitte Police-Kopie beilegen) _____
	<input type="checkbox"/> bei der obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers (UVG/SUVA)	
	<input type="checkbox"/> bei einer privaten Versicherungsgesellschaft	welcher? _____
	<input type="checkbox"/> bei einer anderen Krankenkasse	welcher? _____
	<input type="checkbox"/> Schülerversicherung, Sportverein, Club, andere	welcher? _____
	Für welche Leistungen?	
	<input type="checkbox"/> Heilungskosten <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenkasse	
	<input type="checkbox"/> Lohnausfall/Taggeld <input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> UVG-Zusatz <input type="checkbox"/> _____ Fr./Tag <input type="checkbox"/> _____ % des Lohnes	
	Wurde der Unfall dem anderen Versicherer gemeldet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Verkehrsunfall	War der Versicherte <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Mitfahrer des Fahrzeuges	Kontrollschild Nr. _____
	Besteht eine Insassenversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurde der Unfall diesem Versicherer gemeldet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Der Unterzeichnete bescheinigt hiermit, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und ermächtigt die kmu-Krankenversicherung, bei allen Medizinal- und med. therapeutischen Personen, bei allen amtlichen Stellen, bei allen anderen Versicherungsgesellschaften sowie beim Arbeitgeber die zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen und befreit diese ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und der Schweigepflicht gegenüber der kmu-Krankenversicherung.

Datum _____

Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters _____