

UNFALLANZEIGE

Personalien der verletzten Person	
Name:	Vers.-Nr.:
Vorname:	Arbeitgebername:
Strasse/Nr.:	Arbeitgeberadresse:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Teilzeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon Privat:	Telefon Geschäft
Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, seit wann: _____	Letzter Arbeitgeber: _____
Beziehen bzw. bezogen Sie Taggelder der Arbeitslosenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, vom _____	bis _____

Unfallhergang		
Unfalldatum:	Zeit:	Ort:
Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (Örtlichkeiten, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)		

Geschah der Unfall auf dem Weg vom bzw. zum Arbeitsplatz bzw. Schule?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat eine Drittperson den Unfall verschuldet?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Name, Adresse, Tel.-Nr.: _____		
Name, Adresse der Haftpflichtversicherung inkl. Policen-Nr.: _____		
Wurde ein Polizeirapport erstellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Amtsstelle? _____		
Gibt es Zeugen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Name, Adresse, Tel.-Nr.: _____		
War es ein Sportunfall?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Name Sportverein _____		
Bei Mannschaftssportarten: War es ein grobes Foul?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Verletzungen	
Art der Verletzungen (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn, usw.) _____	

Behandlungsbeginn:	
Name, Adresse erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt:	Name, Adresse weiterbehandelnder Arzt/Zahnarzt:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, 100% ab: _____	% ab: _____

Andere Versicherungen				
Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang?				
Versicherung		Versicherungsträger	Heilungskostendeckung	Gegen Lohnausfall versichert? In welchem Umfang?
Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		gemäss UVG	gemäss UVG
Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Adresse, Policen-Nr.: _____ _____ _____		
Private Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Adresse, Policen-Nr.: _____ _____ _____		
Andere Versicherungen z. B. durch Sportverein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Adresse, Policen-Nr.: _____ _____ _____		
Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, mit wem? _____ Falls ja, wie lautet es? _____ _____		
Erhalten Sie eine Rente der IV, SUVA, MV, UVG oder Privatversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, von welcher? _____ Falls ja, seit wann? _____ Invaliditätsgrad: _____ Höhe der monatlichen Rente: _____		

Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen		
	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Fahrzeugart: (Velo, Mofa, Auto, Motorrad)		
Name, Adresse, Tel.-Nr. Fahrzeughalter	_____ _____	_____ _____
Name, Adresse, Tel.-Nr. Fahrzeuglenker	_____ _____	_____ _____
Haftpflichtversicherung	_____ _____	_____ _____
Insassenversicherung	_____ _____	

Bemerkungen
_____ _____ _____ _____

Der Unterzeichnete bestätigt hiermit, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtigt die sanavals zur Einsichtnahme in amtliche den Unfall betreffende Akten. (z. B. medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV und der privaten Unfallversicherung, amtliche Akten)

Ort/Datum

Unterschrift (bei minderjährigen, gesetzlicher Vertreter)
