

Unfallanzeige

Wir bitten Sie, die Unfallanzeige vollständig auszufüllen und uns das Formular **innert 10 Tagen** unterzeichnet zurückzusenden. Besten Dank.

1. Versicherte Person

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____
 Ort: _____ Telefon-Nr.: _____

2. Allgemeine Auskunft

Beruf: _____ selbständig? Ja Nein
 Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden: mehr als 8 Std. weniger als 8 Std.
 Name und Adresse des Arbeitgebers (wenn arbeitslos, letzten Arbeitgeber und Arbeitstag eintragen):

 Beziehen Sie Leistungen der Arbeitslosenkasse? Ja, vom _____ bis _____
 Nein

3. Unfallhergang

Unfalldatum: _____ Zeit: _____
 Unfallort: _____
 Ereignete sich der Unfall: auf dem Arbeits-/Schulweg bei der Arbeit/in der Schule
 ausserhalb der Arbeit/Schule
 Ausführliche Beschreibung des Unfalles:
 (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)

 Trifft jemand ein Verschulden am Unfall? Ja Nein
 Wenn ja, wen?
 Name, Vorname: _____
 Adresse, Ort: _____ Telefon-Nr.: _____

4. Verletzungen

Art der Verletzung: _____
 (genaue Bezeichnung, betroffene Körperteile)
 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein Wenn ja, für wie lange? _____

5. Behandlung

Erstbehandelnder Arzt / Zahnarzt / Spital

Name, Vorname, Ort: _____

Weiterbehandlung durch

Name, Vorname, Ort: _____

6. Andere Versicherungen

Sind Sie noch anderweitig gegen Unfall versichert? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Für welche Leistungen?

Heilungskosten Allgemein Halbprivat Privat
 Lohnausfall / Taggeld UVG in Ergänzung zur Krankenkasse

Wurde der Unfall dem obenerwähnten Versicherer gemeldet? Ja Nein

7. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

Art des Fahrzeuges (z.B. Velo, Mofa, Auto): _____

Kontrollschild Nr.: _____

War der Versicherte: Halter Lenker Mitfahrer des Fahrzeuges

Name /Vorname des Halters: _____

Haftpflichtversicherung des Halters: _____

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen? Ja Nein

Besteht eine Insassenversicherung? Ja Nein

Wurde der Unfall dort gemeldet? Ja Nein

Bemerkungen

Der/die Unterzeichnende bescheinigt hiermit, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und ermächtigt die vita surselva, bei allen medial- 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 Krankenversicherung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder
seines gesetzlichen Vertreters
