

Krankenkasse Birchmeier
Hauptstrasse 22, 5444 Künten
Telefon +41 (0)56 485 60 40
info@kkbirchmeier.ch
www.kkbirchmeier.ch

Unfallanzeige

(vom Mitglied bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen)
Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche!) und uns die Unfallanzeige umgehend zuzustellen. Bei Leistungspflicht Dritter ist die Krankenkasse erst in zweiter Linie leistungspflichtig.

1. Verletzte Person

Name und Vorname:	Geburtsdatum:	
Adresse:	Tel. Privat: Tel. Geschäft:	
Beruf	Teilzeit Job	
Name und Adresse des Arbeitgebers		
Arbeitszeit	Tage je Woche	Stunden je Woche
Wenn arbeitslos: Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet?	_____	
Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche?	<input type="checkbox"/> weniger als 8 Std.	<input type="checkbox"/> 8 Std. und mehr
Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	

2. Unfallhergang

Unfalldatum	Zeit	Ort
Genaue Beschreibung des Unfallhergangs		

Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? Name, Adresse und Telefonnummer derselben	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung		

Zeugen		
Wurde ein Polizeirapport erstellt? (wenn ja, bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von welcher Amtsstelle?
Bei Sportunfall Name des Vereins		

3. Verletzungen

 Art der Verletzungen (genaue Bezeichnung, Körperteil usw.)

 Behandlungsbeginn

 Erstbehandelnder Arzt

 Weiterbehandlung durch

 Sind Sie arbeitsunfähig? Ja Nein 100% ab % ab

4. Andere Versicherungen

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

Versicherung	Versicherungsträger	Heilungskostendeckung z.B. voll oder in Ergänzung zur KK	Sind Sie gegen Lohnausfall versichert?
Oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Zusatz-/Ergänzungsvers. zur oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Private Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Schulunfallversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Andere Versicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Erhalten Sie eine Rente der Eidg. IV-Vers., der SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		

5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

	von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Art (z.B. Velo, Mofa, Auto) und Polizeinummer		
Halter (Eigentümer) Name, Adresse, Tel.		
Lenker Name, Adresse, Tel.		
Haftpflichtversicherung		
Insassenversicherung		

Der/die Unterzeichnete erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtigt die Krankenkasse zur Einsichtnahme sämtliche den Unfall betreffenden Akten (z.B. Medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV und des privaten Unfallversicherers).

 Datum

 Unterschrift
