

Unfallmeldung

Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche) und uns die Unfallmeldung umgehend zuzustellen. Dieses Formular ist durch den Versicherungsnehmer oder den gesetzlichen Vertreter auszufüllen

Versicherte Person

Policen-Nr.	_____		
Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	Zusatzadresse	_____
PLZ	_____	Ort	_____
Zivilstand	_____	Beruf	_____
Telefonnummer privat	_____	Geschlecht	weiblich männlich
Mobile	_____	Geburtsdatum	_____
E-Mail	_____		

Name und Adresse des Arbeitgebers zum Zeitpunkt des Unfalls (auch bei Nebenjobs und Schnupperlehre)

Arbeitszeit _____ Tage / Woche _____ Stunden / Woche

Wenn arbeitslos:
Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet? _____

Bezogen Sie seither ein Taggeld der
Arbeitslosenversicherung? Ja, vom _____ bis _____ Nein

Unfallhergang

Unfalldatum _____ Zeit _____ Ort _____

Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (Örtlichkeiten, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)

Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz Ja Nein

Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall?
(Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen.) Ja Nein

Name, Adresse und Telefon-Nr. Drittperson _____

Name und Adresse Haftpflichtversicherung (genaue Bezeichnung mit Police-Nr.)

Name, Adresse und Telefon-Nr. Zeugen

Wurde ein Polizeirapport erstellt? Ja Nein

Von welcher Amtsstelle? _____



Verletzungen

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

Behandlungsbeginn

Erstbehandelnde/-r Ärztin/Arzt/Zahnärztin/Zahnarzt
(Adresse)

Weiterbehandlung durch

Sind Sie arbeitsfähig? Ja Nein 100% ab _____ % ab _____

Andere Versicherungen

Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang. Besteht für die Heilungskosten z. B. eine volle Deckung oder nur eine Ergänzung zur Krankenversicherung? Sind Sie gegen Lohnausfall versichert? Wenn ja, in welchem Umfang?

Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. Besteht keine andere Unfallversicherung, ist in jedem Feld ein «nein» anzukreuzen.

Versicherung		Versicherungsträger
Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers (gemäss UVG)	Ja	Name _____
	Nein	Agentur _____ Policen-Nr. _____
Zusatz-/Ergänzungsversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers (gemäss UVG)	Ja	Name _____
	Nein	Agentur _____ Policen-Nr. _____
Private Unfallversicherung	Ja	Name _____
	Nein	Agentur _____ Policen-Nr. _____
Schul-Unfallversicherung	Ja	Name _____
	Nein	Agentur _____ Policen-Nr. _____
Andere Versicherung (z. B. durch Sportverein)	Ja	Name _____
	Nein	Agentur _____ Policen-Nr. _____
Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen?	Ja	Mit wem? _____
	Nein	Wie lautet es? _____
Erhalten Sie eine Rente der Eidg. Invalidenversicherung, der SUVA, UV, MV oder einer Privatversicherung?	Ja	Von welcher? _____ Seit wann? _____
	Nein	Monatliche Rente CHF _____ Invalidität _____ %



Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
	Art (z.B. Velo, Mofa, Auto) _____	Art (z.B. Velo, Mofa, Auto) _____
	Polizeinr. _____	Polizeinr. _____
Halter (Eigentümer)	Name _____ Adresse _____ Telefon-Nr. _____	Name _____ Adresse _____ Telefon-Nr. _____
Lenker	Name _____ Adresse _____ Telefon-Nr. _____	Name _____ Adresse _____ Telefon-Nr. _____
Haftpflichtversicherung	Name _____ Adresse _____ Telefon-Nr. _____	Name _____ Adresse _____ Telefon-Nr. _____
Insassenversicherung	Name _____ Adresse _____ Telefon-Nr. _____	Name _____ Adresse _____ Telefon-Nr. _____
Bemerkungen	_____ _____ _____	

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

Informationspflicht (Art. 27 ATSG)

Bitte prüfen Sie die Leistungspflicht anderer Sozialversicherungen wie AHV/IV, Militärversicherung, obligatorische Unfallversicherung nach UVG sowie allfällige Leistungen und Opferhilfe.

Ort und Datum _____

Unterschrift _____
Versicherte/-r oder gesetzliche/-r Vertreter/-in

