

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

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

Arbeitszeit _____ Tage / Woche _____ Stunden / Woche

Weitere Arbeitgeber (Name und Adresse)

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)





KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

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

Vollmacht

Soweit zur Abklärung des Leistungsanspruchs im Zusammenhang mit dem Unfallereignis erforderlich, bevollmächtigen Sie die KPT Krankenkasse AG / KPT Versicherungen AG (nachfolgend KPT) oder deren Bevollmächtigte zur Einsichtnahme in die amtlichen Akten der Polizei (z. B. Unfallrapporte) sowie in administrative und medizinische Unterlagen weiterer beteiligter Sozialversicherer (z. B. obligatorische Unfallversicherer, IV-Stellen) oder privater Versicherungsgesellschaften (z. B. Krankentaggeldversicherer). Sie ermächtigen diese, der KPT im Zusammenhang mit dem Unfall die Auskünfte zu erteilen, die sie für die Beurteilung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen und zur Geltendmachung von allfälligen Regressansprüchen gegenüber Dritten benötigt. Zudem entbinden Sie im Zusammenhang mit dem Unfallereignis das medizinische Fachpersonal (z. B. behandelnde Ärzte, Therapeuten) gegenüber der KPT vorbehaltlos von ihrer Schweigepflicht. Sie ermächtigen die KPT, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf und ist grundsätzlich auch über den Tod hinaus gültig.

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



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	Name
	Adresse	Adresse
	Telefon-Nr.	Telefon-Nr.
Lenker	Name	Name
	Adresse	Adresse
	Telefon-Nr.	Telefon-Nr.
Haftpflichtversicherung	Name	Name
	Adresse	Adresse
	Telefon-Nr.	Telefon-Nr.
Insassenversicherung	Name	Name
	Adresse	Adresse
	Telefon-Nr.	Telefon-Nr.
Bemerkungen		

Vollmacht

Soweit zur Abklärung des Leistungsanspruchs im Zusammenhang mit dem Unfallereignis erforderlich, bevollmächtigen Sie die KPT Krankenkasse AG / KPT Versicherungen AG (nachfolgend KPT) oder deren Bevollmächtigte zur Einsichtnahme in die amtlichen Akten der Polizei (z. B. Unfallrapporte) sowie in administrative und medizinische Unterlagen weiterer beteiligter Sozialversicherer (z. B. obligatorische Unfallversicherer, IV-Stellen) oder privater Versicherungsgesellschaften (z. B. Krankentaggeldversicherer). Sie ermächtigen diese, der KPT im Zusammenhang mit dem Unfall die Auskünfte zu erteilen, die sie für die Beurteilung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen und zur Geltendmachung von allfälligen Regressansprüchen gegen-über Dritten benötigt. Zudem entbinden Sie im Zusammenhang mit dem Unfallereignis das medizinische Fachpersonal (z. B. behandelnde Ärzte, Therapeuten) gegenüber der KPT vorbehaltlos von ihrer Schweigepflicht. Sie ermächtigen die KPT, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten aus-zuhändigen. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf und ist grundsätzlich auch über den Tod hinaus gültig.

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