

## Unfallanzeige

### 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?	weniger als 8 Std.	8 Std. und mehr
Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?	ja, vom _____ bis _____	
	nein	

### 2. Unfallhergang

Unfalldatum	Zeit	Ort
Ereignete sich der Unfall in der Schule/auf dem Schulweg?	Ja	Nein
Genaue Beschreibung des Unfallhergangs		
_____		
_____		
Sind Sie der Ansicht, dass jemand für den Unfall haftbar ist?	Ja	Nein
Name, Adresse und Telefonnummer derselben		
_____		
Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung		
_____		
_____		
Zeugen		
_____		
Wurde ein Polizeirapport erstellt? (wenn ja, bitte Kopie beilegen)	Ja	Nein
Bei Sportunfall Name des Vereins	Von welcher Amtsstelle? _____	

### 3. Verletzungen

Art der Verletzungen(genaue Bezeichnung, Körperteil usw.)

\_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn

\_\_\_\_\_

Erstbehandelnder Arzt

\_\_\_\_\_

Weiterbehandlung durch

\_\_\_\_\_

Sind Sie arbeitsunfähig?      Ja    Nein      100% ab \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

Ist die Behandlung abgeschlossen?      Ja    Nein

#### 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 Ja    Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Zusatz-/Ergänzungsvers. zur oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers Ja    Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Private Unfallversicherung Ja    Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Schulunfallversicherung Ja    Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Andere Versicherung Ja    Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen? Ja    Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Erhalten Sie eine Rente der Eidg. IV-Vers., der SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung Ja    Nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		

#### 5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

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

#### 6. Bemerkungen

---



---



---

#### 7. Vollmacht

Der unterzeichnende Versicherte, bzw. sein gesetzlicher Vertreter, erklären hiermit, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er ermächtigt die FKB, bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskunft einzuholen und er ermächtigt diese zur Auskunftserteilung. Er ermächtigt die FKB ausserdem, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen, bzw. haftpflichtigen Dritten aushändigen zu dürfen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

---



---