

## Unfallanzeige

**(bitte vollständig und ausführlich ausfüllen)**

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

#### 5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

| Art(z.B. Velo, Mofa, Auto)<br>und Polizeinummer | von Ihnen benütztes Fahrzeug | Kollisionsfahrzeug |
|---|------------------------------|--------------------|
| Halter (Eigentümer)<br>Name, Adresse, Tel.      |                              |                    |
| Lenker<br>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

---



---