

Unfallanzeige

1. Verletzte Person

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Geb. Datum:	Telefon Privat:
Telefon Geschäft:	Art der Verletzung (genaue Bezeichnung, Körperteil, Seite, Zahn, usw.):
Besteht Arbeitsunfähigkeit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, seit wann und für wie lange?	

2. Beschreibung

Unfalldatum:	Genau und vollständige Beschreibung des Unfallherganges (Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere):
Zeit:	
Ort (genaue Angabe des Unfallortes):	
Trifft jemanden ein Verschulden am Unfall? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wen?	
Worin besteht dieses Verschulden?	

3. Polizei

War die Polizei auf der Unfallstelle? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, von welcher Amtsstelle?	

4. Behandelnder Arzt

Welcher Arzt/welches Spital hat Erste Hilfe geleistet?	Welcher Arzt/welches Spital führt die Behandlung fort?
Beginn Behandlung?	

Wird von der FKB ausgefüllt!	Bemerkungen:
Vers.-Nr.:	
Regress:	
Dossier Nr.:	

5. Weitere Mitteilungen

Besteht eine OUFL- bzw. UVG-Versicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Besteht anderweitige Unfalldeckung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?
Policen Nr.:	Policen Nr.:
Besteht ein Arbeitsverhältnis? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Handelt es sich um einen Betriebsunfall? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, durchschnittliche wöchentl. Arbeitsstunden?	Ereignete sich der Unfall:
Genaue Anschrift des Arbeitgebers:	<input type="checkbox"/> auf dem Schulweg <input type="checkbox"/> in der Schule
	Wurde der Unfall der Schülerunfallversicherung gemeldet?
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beziehen Sie Entschädigung von der Arbeitslosenversicherung?	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, seit wann?	

6. Zeugen (Augenzeugen und deren Adressen)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon Privat:	Telefon Geschäft:

7. Motorfahrzeugunfälle

Waren/sind Sie	Halter? <input type="checkbox"/>
Lenker? <input type="checkbox"/>	Mitfahrer des Fahrzeuges? <input type="checkbox"/>
Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Motorrad bis 50 cm ³ <input type="checkbox"/>	Motorrad bis 50 cm ³ <input type="checkbox"/>
Motorrad über 50 cm ³ <input type="checkbox"/>	Motorrad über 50 cm ³ <input type="checkbox"/>
Personenauto <input type="checkbox"/>	Personenauto <input type="checkbox"/>
Halter:	Halter:
Lenker:	Lenker:
Kontrollschild:	Kontrollschild:
Haftpflichtversicherung:	Haftpflichtversicherung:
Insassenversicherung:	Insassenversicherung:

8. Bemerkungen

9. 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 auszuhändigen zu dürfen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters